عملِ طب

جلد چہارم

سلسلۂ مطبوعات دارالترجمہ جامعہ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

یعنی

عمل طب

مرتبۂ

ای۔پی۔پولٹن، ایم۔اے، ایم۔ڈی (آکسن)، ایف۔آر۔سی۔پی (لندن)

بمعاونت

سی۔پی۔سیمنڈز، ایچ۔ڈبلیو۔باربر، آر۔ڈی۔گلسپی، این۔ایچ۔فیرلے، ڈبلیو۔ایم۔ایلیسن

جلد چہارم

مترجمہ

سنہ ۱۹۳۰ء

ڈاکٹر محمد عثمان خانصاحب، ایل۔ایم اینڈ ایس (بمبئی)، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ (امراض جلد) از طبع چہاردہم

سنہ ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب، ایم۔بی۔بی۔ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ (مدارینی امراض) از طبع پانزدہم

بہ نظر ثانی و ترمیم امراض جلد

سنہ ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر ی۔ا۔محمد حسین صاحب، ایم۔بی۔بی۔ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ مطابق طبع پانزدہم

سنہ ۱۳۶۴ھ — سنہ ۱۳۵۴ف — سنہ ۱۹۴۵ء

دارالطبع جامعۂ عثمانیہ سرکارعالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب جے اینڈ اے چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اُردو میں
ترجمہ کرکے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرستِ مضامین

صفحہ

فہرست صفحہ جات

نوٹ۔ اصل کتاب میں صفحہ جات ۵۸، ۵۹، ۶۲، ۶۳، ۶۶، ۶۸ اور ۶۹ رنگین تھے مگر ضروری سامان دستیاب نہ ہونے کی وجہ سے بلا رنگ ہاف ٹاؤن میں شائع کئے جاتے ہیں۔

بسم اللہ الرحمن الرحیم

THE PRACTICE OF MEDICINE

عملِ طب

جلد چہارم

امراضِ جلد

ادواء الجلد

(DERMATOSES)

علم طب کی ایک عام نصابی کتاب کے اندر امراضِ جلد کا ایک مکمل تبصرہ پیش کرنا ممکن نہیں۔ چنانچہ ذیل کی فصل میں بہت سی ایسی باتیں جو اہمیت رکھتی ہیں حذف کردی گئی ہیں۔ مثلاً جلد کے بہت سے سلعات، خبیث اور غیر خبیث دونوں کے بیانات کے لئے قارئین کو یہ مشورہ دینا مناسب سمجھا گیا ہے کہ وہ جلدیات اور علم الجراحت کی نصابی کتابوں سے استفادہ کریں۔ اسی طرح اس کتاب میں ناخنوں کے مختلف امراض کا یا شعاعی التہابِ ادمہ (radio-dermatitis) کا بیان نہیں ملیگا۔ بدقسمتی سے

گزشتہ زمانے میں جلدیات کو ایک جداگانہ موضوع خیال کرلیا گیا، عام طبیب نے اُس کی طرف توجہ نہ کی اور اُن حضرات نے جو خود کو امراضِ جلد کا ماہر خیال کرتے تھے اِسے غلط طور پر سمجھا۔ درصل یہ موضوع سرسری طور پر فنِ طب کی خاص شاخوں میں سے ایک اہم ترین شاخ ہے، کیونکہ جلد ہی وہ آئینہ ہے جس میں عام صحت کی حالت کا مطالعہ ہوسکتا ہے اور جلد کے زیادہ عام فتورات کے اسباب کا علم مرض کی امراضیات کو صحیح طور پر سمجھنے کے لئے ایک کلید کا کام دیتا ہے۔ چند سال سے جلدیات کو عام طب کا جزو شمار کرنے کا رجحان بہت بڑھ گیا ہے، اور آج کل طبیب کے لئے عہدِ حاضرہ کی جلدیاتی تعلیم سے واقف ہونا اُسی قدر ضروری ہے جس قدر کہ ماہرِ امراضِ جلد کے لئے اُن ترقیات کے ساتھ دوش بدوش رہنا ضروری ہے جو طبی امراضیات میں ہوچکی ہیں۔

جلد بھی اُنھیں امراضیاتی حالتوں میں مبتلا ہوسکتی ہے جو جسم کے دوسرے اعضا اور ساختوں کو لاحق ہوجاتے ہیں، چنانچہ امراضِ جلد کی جماعت بندی اِنھیں پر مبنی ہے۔ چنانچہ اُس میں حسبِ ذیل مرضی حالتیں پیدا ہوسکتی ہیں:۔ عروقیت میں تغیرات، التہابات، نوبالیدات، تغیراتِ ساخت خرد عضویوں (مثلاً تدرن یا جذام کے خرد عضویوں) کے باعث، سمیّاتِ مرض (مثلاً قرمزیہ اور دوسرے ثورانی امراض کے سمیّات) کے دوران سے پیدا ہوجانے والے اضرار، حیوانی اور نباتی طفیلیات (جراثیم کے علاوہ) کا حملہ، جلد کی جداگانہ ساختوں کی بیش پرورش اور انحطاط، اور تغیراتِ لون۔

ہمیں بعض ایسے اعضاء کے فتورات کے متعلق بھی غور کرنا ہے جو جلد کے اندر واقع ہیں، مثلاً بال، عروقِ دہنیہ، اور پسینہ کے غدد یا عرقی غدد۔

جلد کے بہت سے فتورات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، مثلاً امراضِ طفحیہ کے ممیز ثورانات، آتشک، جذام، سراجہ (کنار) (glanders)، شعاعِ فطریت (actinomycosis)، اور داء الفیل (elephantiasis) کے جلدی اضرار، اور نزف کی وہ شکلیں جو پرپورا (purpura) کے نام سے موسوم ہیں۔

اِن مختلف امراض کی تفریق اُن مقامی تغیرات یا اضرار کے بغور مشاہدے پر مبنی ہے جو جلد میں واقع ہوتے ہیں، اور اِس کے ساتھ ہی اِن کی توزیع، اِنکی مدت اور موتلف اور ماسبق حالات کے متعلق غور و خوض پر۔

اوّلی اضرار

چھالے یا پھپولے (حباب) (blebs or bullæ)- بڑے آبلے جن کا قطر ۵ ملی میٹر تا ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، اُن کا سیّال مافیہ صاف، یا کسیقدر گندلا، یا خون آلود ہوتا ہے - یہ اکثر ایک ملتہب قاعدے پر واقع ہوتے ہیں، اور اِن کا اِندمال، اخراجِ مافیہ اور بَرجلدی چھلکے کے خشک ہو کر اُتر جانے سے ہوتا ہے - کفیلد گیاں (chaps)، شقوق الجلد (rhagades)، یا فتحات (rima:)- بَرجلد میں تڑاکیں یا شقیں جو نیچے طبقۂ مخاطی یا اَدمہ تک پہنچتی ہیں، نہایت دردناک ہوتی ہیں اور اِن میں سے خون بآسانی نکل آتا ہے - انسحاج (excoriation)- جلد کی وہ چکتی جو بَرجلد کی بالائی تہہ سے مُبرا ہوا اور جس میں طبقہ مخاطی منکشف ہو - اِس کا رنگ شوخ سرخ ہوتا ہے اور یہ چھونے سے الیم پائی جاتی ہے - اور اِس سے مَصل کی خفیف مقدار کا افراز ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ خشک ہو کر پپڑی بن جائے - نزفات (hæmorrhages)- 825 جلدی نزفات سے شوخ سرخ، گہرے سرخ، یا ارغوانی رنگ کے بڑے یا چھوٹے دھبے بنجاتے ہیں - یہ دبانے سے غائب نہیں ہوتے - عموماً یہ خون بتدریج جذب ہوجاتا ہے، اور دھبّوں کا رنگ پھیکا پڑ کر بھورا یا زردی مائل بھورا، یا بڑے تحت الجلد نزفات میں یکے بعد دیگرے بھورا، سبز، اور زرد ہوجاتا ہے - ممکن ہے کہ عرصۂ دراز تک ایک زردی مائل بھورا دھبہ رہ جائے - چھوٹے دھبّوں کو نمشہ (petechiæ) اور بڑوں کو کَدَم (ecchymoses) کہتے ہیں - اگر وہ دھاریاں بنادیں تو اُن کو خطّی کَدَم (vibices) کہتے ہیں - شعری کَدَم (capillary ecchymosis) میں نہایت باریک تنقط پیدا ہوجاتا ہے جس کا منظر بیش دمویت جیسا نظر آتا ہے، مگر جب اِس کو دبایا جاتا ہے تو معلوم ہوجاتا ہے کہ وہ باقی رہتا ہے - استثنائی حالتوں میں اس جلد میں جو کہ نزف میں مبتلا ہوتی ہے انخثاث واقع ہو کر ایک قرحہ باقی رہ جاتا ہے - بیش دمویت (hyperæmia)- یہ ایک سرخی ہے، جو مختلف وسعت کی ہوتی ہے اور خون سے عروق دمویہ کے پُر ہونے اور پھول جانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے - یہ حسب ذیل شکلوں میں ہوسکتی ہے :- (۱) فاعلی بیش دمویت (active hyperæmia) وعاحرکی فعل کی وجہ سے -

(۲) ابتدائی التہابی بیش دمویت (early inflammatory hyperæmia)
جس کے ساتھ خفیف ورم، الیمیّت، اور ارتفاع تپش کی بعض دلالتیں موجود ہوتی ہیں۔
یا (۳) وریدی بیش دمویت (venous hyperæmia) یا امتلاء مجہول
(passive congestion)، جس میں دوسری قسموں کی نسبت زیادہ نیلا یا کبود رنگ
ہوتا ہے۔ تمام حالتوں میں یہ سرخی دبانے سے غائب ہوجاتی ہے، اور جب دباؤ ہٹادیا جاتا
ہے تو سرخی پھر نمودار ہوجاتی ہے ۔۔۔ پہلی دو حالتوں میں سرعت کے ساتھ اور آخری حالت
میں بتدریج۔ لطخات (macules)- جلد کی بدرنگی کے چھوٹے چھوٹے رقبے، جن میں
جلد کی سطح یا قوام میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ یہ ایک ماسبق بیش دمویت سے پیدا ہوسکتے
ہیں، اور تھوڑے عرصہ بعد غائب ہوجاتے ہیں۔ لیکن اگر یہ بیش دمویت کے بدوں پیدا ہوں
تو عموماً زیادہ دیرپا ہوتے ہیں۔ کربیچے یا گرہکلیں (nodules)- ٹھوس اُبھار جو
بثور کی نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ بثور (papules)- جلد کے چھوٹے چھوٹے اُبھار، جو ٹھوس
ہوتے ہیں، یا کم از کم اُن میں مرئی طور پر کوئی سیال موجود نہیں ہوتا۔ یہ بیشتر آدمہ میں پیدا
ہوتے ہیں، مگر بشرہ کے چھلکوں کے اجتماع سے بھی اِن سے مشابہت پیدا ہوسکتی ہے۔ یہ نوکدار
(نکیلے =acuminate)، یا بے نوک، یا چپٹے (مسطح) ہوسکتے ہیں۔ قامحات (pustules-
or pustulæ) - آبلے یا پھپولے جن میں پیپ بھری ہوئی ہوتی ہے۔ کھرنڈ (scabs)
یا پپڑیاں (crusts)- خشک متصل پیپ، یا خون کے بے قاعدہ چپٹے تودے، یا اِن
مادوں کا آمیزہ، جو اُسی کچی سطح پر جس سے اُن کا افراز ہوا ہے بنتے ہیں اور اُس سے
چپکے ہوئے رہتے ہیں، اور اکثر ایک آبلہ، قامحہ، یا پھپولے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چھلکے یا
قشرے (squamæ)- بر جلدی خلیوں کے اجتماعات گچھوں کی شکل میں بعض اوقات
جیسے کہ سبوسہ (dandruff) میں اِن کے ساتھ دُہن (sebum) کے شحمی مادے کی
بڑی آمیزش ہوتی ہے۔ چھلکے کھسرا کے چھوٹے چھوٹے بھوسی جیسے ذرّات (نخالی یا سبوسی
=furfuraceous) سے لیکر اُن بڑی بڑی برگ ریزیوں (exfoliations) تک اختلاف پذیر
ہوتے ہیں جو کہ تسلخی التہابِ اَدمہ (exfoliative dermatitis) میں اور قرمزیہ
(scarlatina) کی بعض اصابتوں میں دیکھی جاتی ہیں، یا صدفیہ (psoriasis) کے
دبیز چپکے ہوئے تودوں تک۔ نداب (scar or cicatrix)- اتصالی بافت کی

نوبالیدگی، جو زخموں کے اندمال کا نتیجہ ہوتی ہے اور حلیمی تہ اور عمیق تر اَدمہ کو متاثر کرتی ہے ۔ جب ندبات تازہ ہوں تو اُن کا رنگ گلابی یا آسمانی مائل ہوتا ہے ۔ بالآخر وہ بالکل سپید ہو کر جسامت میں سکڑ جاتے ہیں ۔ **کھرینچے کے نشانات** (scratch marks)۔ خطی ، یا اگر منتصب جرابوں کے راسوں پر ہوں تو نقطہ دار ، جو ناخنوں سے پیدا ہو جاتے ہیں اور جن پر خون کی چھوٹی چھوٹی پپڑیاں جمی ہوئی ہوتی ہیں ۔ اگر یہ کافی گہرے ہوں تو یہ بالآخر خطی یا نکلے نما ندبات بنجاتے ہیں ۔ اُن کا رُخ عموماً ایک یا دوسرے ہاتھ کی وضع کے ساتھ ایک معیّن تعلق رکھتا ہے ۔ **زخم** (sore) **یا قرحہ** (ulcer)۔ نقصانِ جرم جو سارے بَرجلد کو اور اَدمہ کے جُز یا کُل کو ماؤف کرتا ہو ۔ اِس کا قاعدہ اریکات سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے اور اُس سے پیپ کا افراز ہوتا ہے ۔ اِس کا اندمال اِنداب کے ذریعہ ہوتا ہے ۔ **صغیر عروقی اتساعات** (telangiectases)۔ زیرِ حلیمی ضفیرہ کی ادیری وریدکوں کا اِتساع ۔ یہ اکثر وجنی خطہ اور ناک پر دیکھے جاتے ہیں ، خاص طور پر گلابی تفطیر میں اور اُن اشخاص میں جو سردی اور دھوپ میں بہت منکشف رہے ہوں ۔ یہ شعاعی التہابِ جلد اور احمراری ذئبہ میں ایک خصوصیت ہیں ۔ **آبلے** (vesicles) **یا حویصلات** (vesiculæ) چھوٹے چھوٹے چھالے ، جن کا قطر ا تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے ، اور جو بَرجلد کی بالائی تہوں کے نیچے صاف سیّال کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں ۔ یہ اکثر اوقات التہابی ہوتے ہیں ایک ملتہب قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں ، اور ان میں ایک زرد البیومینی مصل بھرا ہوا ہوتا ہے ۔ **دَدوڑے** (wheals) **یا سُلاق** (pomphi) یا **انجریہ** (hives)۔ اَدمہ کا محدود اُذیما جس سے جلد کا ایک پھیکا گلابی یا سپید اُبھار پیدا ہو جاتا ہے ۔

مندرجۂ ذیل امراض ساری عضویات سے پیدا ہوتے ہیں

مقطار گزار عضویوں کی سرایت سے پیدا ہونیوالے امراض

اغلب ہے کہ مزید تحقیقات سے یہ ظاہر ہو جائے کہ نا معلوم تسبیب کے کئی جلدی امراض ایک مقطار گزار قشب کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں ، مثلاً نخالیہ وردیہ (pityriasis rosea)۔ فی الحال صرف ذیل کے مرض اِس نوعیت کے ثابت ہوئے ہیں :

متعدی رخوت (molluscum contagiosum)، معمولی ثولول (common wart)، سادہ نملہ (herpes simplex)، نطاقی نملہ (herpes zoster) اور لمفی ذراتی سلعہ اربی (lymphogranuloma inguinale)- 826

متعدی رخوت

(molluscum contagiosum)،

(ملاحظہ ہو صحیفہ ۸۸، صفحہ 833)

یہ نام جلد پر کے اُن چھوٹے سلعات کو دیا گیا ہے، جو قطر میں $\frac{1}{10}$ تا $\frac{1}{4}$ انچہ یا $\frac{1}{2}$ ہوتے ہیں، جن کی شکل عدسی یا نیم کروی اور کبھی کبھی گلو بچہ نما یا ڈنڈی دار ہوتی ہے، جو سطح پر کسیقدر بیقاعدہ یا گرہک دار ہوتے ہیں، اور جن کا رنگ زردی مائل سفید ہوتا ہے- نسبتہً چھوٹے سلعات میں مرکز کے اندر اکثر ایک چھوٹا فتحہ ہوتا ہے، نسبتہً بڑے سلعات میں ایسے کئی فتحے ہوتے ہیں- اور اگر سلعہ کو زور سے دبایا جائے تو اِن سوراخوں کے اندر سے انحطاط یافتہ خلیات کا ایک جیلاٹینی نرم تودہ رستا ہے- خردبین کے نیچے امتحان کرنے پر یہ دقیق بیضوی چمکدار اجسام سے بنا ہوا معلوم ہوتا ہے، جن کو رخوتی جسیمات یا رخوتی اجسام (molluscum corpuscles or bodies) کہتے ہیں- سلعہ میں سے انتصابی تراشش لی جائے تو اُس کی ساخت ایک عنقودی غدہ کی ساخت سے کسیقدر مشابہ معلوم ہوتی ہے- اُس میں لختک ہوتے ہیں جن کو لیفی بافت علٰحدہ کرتی ہے- ہر لختک میں بیرونی جانب اُستوانی خلیوں کی ایک قطار ہوتی ہے، اِس سے اندر کو زیادہ بیضوی بڑا آدمی خلیے ہوتے ہیں، اور ہر لختک کے مرکز میں چمکدار غیر شفاف رخوتی اجسام کا اجتماع ہوتا ہے- نسبتہً بڑے سلعات میں کے لختک متقارب ہو کر مرکزی قنات یا فتحہ کی طرف نہیں جاتے بلکہ زیادہ تر پہلو بہ پہلو واقع ہو کر سطح پر علٰحدہ علٰحدہ کھلتے ہیں-

معلوم ہوتا ہے کہ اِس کی پیدائش کے عمل کا آغاز اِسطرح ہوتا ہے کہ شبکہ مالپیگی کے خاردار خلیے رخوتی اجسام میں متبدل ہو جاتے ہیں، اور بیان کیا جاتا ہے کہ اِن میں قرنین (keratin) موجود ہوتی ہے- شبکہ کا وہ حصہ جو کہ متصل ہوتا ہے نیچے کی طرف اَدَمہ کے اندر بڑھ آتا ہے، اور ظاہری لختکوں کے درمیان کے فاصلات حلیمات کے لیفی باقیات

ہوتے ہیں۔ ذہنی غدد یا شعری جرابات کے ساتھ تعلق ہونا ضروری نہیں۔

چنانچہ یہ بالیدیں دراصل سلیم سرطمی سلعات (benign epitheliomata) ہیں، اور اس لئے دلچسپی کا باعث ہیں کہ یہ ایک سرایت رساں عضویہ سے پیدا ہوجاتی ہیں جو اسقدر دقیق ہے کہ برکت فیلڈ مقطار کے اندر سے گزر جاتا ہے۔ اس کی تطعیم اسطرح کی جاسکتی ہے کہ بالیدہ کے جُبنی مافیہ کی آلود جلد پر کسی خراشیدگی کے اندر لگائی جائے یا اس سے بہتر یہ ہے کہ اس عقیم مالح مقطر کا دردوں جلدی اشراب کیا جائے، جو کہ مجرف کے ذریعہ نکالے ہوئے سلعات کو مالح محلول کے ساتھ پیسنے اور اسطرح حاصل شدہ مستحلب کو ایک برکت فیلڈ مقطار میں سے گزارنے سے پیدا ہو۔ پانچ ہفتہ سے لیکر چھ ماہ تک کے زمانۂ حضانت کے بعد مقامِ اشراب پر ننھی ننھی رخوتی بالیدیں نمودار ہوجاتی ہیں۔

متعدی رخوت پرندوں میں عام ہے اور اُن سے انسان میں منتقل ہوسکتی ہے۔

یہ بچوں اور بالغوں دونوں میں ہوتی ہے، اور اس کے سلعات نہایت عام طور پر چہرے بازوؤں یا ہاتھوں، عورتوں کے پستانوں، اور مردوں کے اعضاء تناسل پر دیکھے جاتے ہیں۔ ان میں تقیح ہونے کا امکان ہوتا ہے اور یہ خود بخود غائب ہوجاسکتے ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ یہ بغیر معیّن مدت تک قائم رہیں اور ذاتی تطعیم کے ذریعہ تعداد میں بڑھیں۔ ان کی ایک کثیر تعداد ان اشخاص کے دھڑ پر واقع ہوتی ہے جو ترکی حمام کثرت سے کرتے ہیں، اور یہ سرایت، دلاک کی انگلیوں سے یا شاید جبۂ غسل (bath gown) سے حاصل ہوتی ہے۔

علاج سلعات کے مافیہ کو دباکر نکالدینے اور اُن کے اندر خالص کاربولک ایسڈ یا آیوڈین لگادینے، یا ایک میزاب دار سوئی کو پگھلائی ہوئی سلور نائٹریٹ میں ڈبو کر (تاکہ اُس پر اس نمک کا ایک غلاف چڑھ جائے) اُن کے اندر چبھونے" سے ممکن ہے کہ سلعات غائب ہوجائیں (Whitfield)۔ ایک زیادہ سادہ طریقہ یہ ہے کہ انھیں ایک چھوٹے مجرف (curette) سے کھرچنے کے بعد ماؤف سطح پر ہلکا ٹنچر آف آیوڈین لگادیا جائے۔

ثولولات

(warts)

(ابروقہ =verruca)

بروقہ یا ثولول کی متعدد جداگانہ اقسام ہیں، جنکی تسبیب مختلف ہوتی ہے۔ مثلاً معمولی ثولول (عام بروقہ =V. vulgaris) ایک مقطار گزار قِشب کی وجہ سے ہوتا ہے، زہراوی ثولول (venereal wart) (نوک دار بروقہ یا فلطاحیہ (V. vel condyloma acuminata) غالباً ایک مرغولچہ (spirillum) کی وجہ سے ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 888)، سیلان الدہنی ثولول (سیلان الدہنی بروقہ =V. seborrhœica) غالباً تاخیر سے نمو پانے والی ایک وحمہ نما بالید ہے، اور ثولولِ پیری (شیخوخی بروقہ یا قرنیت =V. vel keratosis senilis) جلد کا ایک پیش سرطانی انحطاط ہے۔ آخرالذکر دو اکثر غلطی سے عام بروقہ کے ساتھ خلط ملط کردئے جاتے ہیں مگر ان میں سے کوئی ایک بھی اُس کے ساتھ کوئی تعلق نہیں رکھتا۔

معمولی ثولولات جلد کے فضولات ہیں، کیونکہ وہ بیش پروردہ حلیمات ہیں جن 827
پر قرنی برادمہ چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اُن کی شکل اور جسامت مختلف ہوتی ہے۔ مثلاً وہ چھوٹے اور چپٹے ہو سکتے ہیں (مسطح بروقہ =V. plana)، نیم کروی، نوک دار، یا ڈنڈی دار ہو سکتے ہیں، اور اُن میں سے نسبتہً زیادہ بڑے لختکدار یا مصبع ہو سکتے ہیں۔ چپٹے ثولول ہلکے زرد یا گلابی مائل رنگ کے، اور زیادہ بڑے ثولول زیادہ تاریک اور رمادی مائل بھورے رنگ کے ہو سکتے ہیں۔ وہ نہایت عام طور پر ہاتھوں کی پشت پر، انگلیوں پر، چہرے پر اور بالخصوص دہن کے گرد ہوتے ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ بچے ابتدائی یا "مادر ثولول" کو (جو ہاتھ پر ہوتا ہے) مُنہ سے کُترنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ پپوٹوں اور جلد الراس پر، اور تلووں پر بھی ہوتے ہیں (اخمصی بروقہ =V. plantaris)۔ کثیر التعداد چپٹے ثولول اکثر اوقات بچوں کے اور بعض اوقات بالغوں کے چہرے پر پائے جاتے ہیں۔ یہ بچوں میں بالخصوص پیشانی، کنپٹیوں، رخساروں اور ٹھڈی پر واقع ہوتے ہیں، اور اُن

بچوں میں جنھیں جلد الراس اور چہرے کے سیلان الدہن اور تنخیل کی شکایت ہو ان کی ماسبق استعداد خاص طور پر بڑھتی ہے۔ مردوں میں چپٹے اور ڈنڈی دار دونوں قسم کے ثولول ڈاڑھی کے خطّے میں ہو سکتے ہیں، اور پھر یہ حجامت کے برش اور اُسترے سکھے ذریعہ پھیل جاتے ہیں۔ بعض اوقات ناخنی دہراؤ ماؤف ہو جاتے ہیں، اور ثولولی بالیدا اکثر ناخن کے نیچے پھیل جاتی ہے۔ اخمصی ثولولات (plantar warts) نہایت عام ہیں، اور اس وجہ سے اہم ہوتے ہیں کہ اُن سے شدید درد پیدا ہو سکتا ہے۔ اکثر اُن پر گوکھرو (corns) کا غلط گمان ہو جاتا ہے۔ وہ اکثر بعد حمارتی ہڈیوں کے سروں پر یا ایڑی پر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک قرنی حلقہ سے گھرے ہوتے ہیں، جس کے مرکز میں حُلیمی نبتیں شفاف قرنی طبقہ میں سے نظر آ سکتی ہیں۔

بحثِ اسباب۔ معمولی ثولول بالغوں کی نسبت بچوں اور ریعانیوں میں زیادہ اکثر دیکھے جاتے ہیں۔ وہ متعدی اور خود تطعیم پذیر ہوتے ہیں۔ سرایت رساں عضویہ ایک مقطار گزار قشب ثابت ہو چکا ہے۔ کچلے ہوئے معمولی ثولولات کا رس جو ایک برک فیلڈ مقطار میں سے تقطیر کیا گیا ہو اس کی تطعیم کرنے سے مسطّح ثولولات دوبارہ پیدا ہو گئے (1)۔

تشریح۔ حُلیمات کی بڑی بیش پرورش اور تطویل اور اس کے ساتھ تمام برآدمی طبقات کی دبازت ہو جاتی ہے۔ اَدمہ میں کوئی التہابی تغیر نہیں ہوتا۔

علاج۔ متوسط یا بڑی جسامت کے ثولولات کو اگر تکمید کے ذریعہ پہلے نرم کر لیا جائے تو کاربن ڈائی آکسائڈ سنو (carbon dioxide snow) کی ایک قلم کے ذریعہ انجماد کرنے سے وہ بآسانی دور کئے جا سکتے ہیں۔ اُنھیں کَیِّ بالنار یا گلوانی کَیِّ سے برق یا شدید کر سکے، یا اگر تعداد میں بہت زیادہ ہوں تو میگنیشیم سلفیٹ کے ذریعہ رواں رسانی کر کے بھی تلف کیا جا سکتا ہے۔ مسطّح ثولولات اکثر لاشعاعوں کی معتدل معتادوں سے، نیز بن آیوڈائڈ آف مرکیوری (biniodide of mercury) کا $\frac{1}{1000}$ محلول جو ۵۰ فیصدی اسپرٹ میں بنا ہوا ہو اور جس میں ۲ فیصدی سیلی سلک ایسڈ موجود ہو، اس کے بار بار لگانے سے غائب ہو جائینگے۔

اخمصی ثولولات بعض اوقات مشکل سے اچھے ہوتے ہیں، لیکن عموماً لاشعاعوں

کی بڑی مقداریں (½ ۱ سے لیکر ۲ رفافہ) کامیاب ہوتی ہیں، جبکہ آس پاس کی معمولی جلد کو احتیاط کیساتھ محفوظ کردیا جائے۔ ایک زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ مقامی یا عمومی عدم حسیت کے تحت ولکمین کے چمچہ کے ذریعہ ثولول کو انکے مبادی سے کھرچ لیا جائے اور کہفہ میں اسی گاذ بھر دیا جائے جو ٹنکچر آف آیوڈین سے یا سلور نائٹریٹ کے ۵ فیصدی محلول سے تر ہو۔ داخلی علاج میگنیشیم سلفیٹ، گرین آیوڈائیڈ آف مرکیوری یا سنکھیا کی بڑھتی ہوئی مقداروں سے نہایت ناقابلِ اعتماد ہے۔ اس امر کے پیشِ نظر کہ وہ ایک معلوم بیماری قشب سے واقع ہوتے ہیں، یہ امر نہایت ہی تعجب انگیز ہے کہ ثولولات بعض اوقات ایعاذ کے ذریعہ بسرعت شفایاب ہوجاتے ہیں، اور یہ طریقہ براعظم یورپ اور امریکہ میں فی الوقت استعمال ہوتا ہے۔ جھاڑ پھونک کے ذریعہ ثولول اچھا کرنیوالوں کے دعاوی اکثر اوقات حقیقتاً حق بجانب ہوتے ہیں۔

سادہ نملہ

(herpes simplex)

نملہ کی اصطلاح کے تحت عموماً دو حالتیں، یعنی سادہ نملہ (H. simplex) اور نطاقی نملہ (H. zoster) شامل کی جاتی ہیں۔ فرانسیسی اطباء اس اصطلاح کو اول الذکر حالت تک محدود رکھنا پسند کرتے ہیں، اور آخرالذکر حالت کو نطاقیہ (Zona) کہتے ہیں۔ بدقسمتی سے اس کا اطلاق مختلف الاقسام حالتوں پر بھی کیا گیا ہے، جو نہ تو ایک دوسری سے کوئی تعلق رکھتی ہیں اور نہ حقیقی نملہ سے، مثلاً نملۂ الحمل (H. gestationis) (نملہ نما التہابِ الجلد: dermatitis herpetiformis جو دورانِ حمل میں ہوتا ہے)، نملۂ پیچدار (H. circinata) یا بالخور (tonsurans) (قوباء یا داد)، قزحیہ نما نملہ (H. iris) (کثیر الاشکال احمرار کی ایک قسم)، جیسری نملہ (H. cretacea) (احمراری ذئبہ: lupus erythematosus): ان اصطلاحات کو ترک کردینا چاہئے۔

سادہ نملہ (herpes simplex) ایک حاد ثوران ہے جو مختلف التعداد
آبلوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو ایک احمراری قاعدہ پر مجتمع ہوتے ہیں۔ ایسی ایک یا کئی چکتیاں 828
ہوسکتی ہیں۔ حملہ ہونے سے پہلے آئندہ ماؤف ہونے والے حصے میں عموماً تنیدگی، جھنجھناہٹ یا جلن کا احساس ہوتا ہے۔ چند گھنٹوں کے بعد احمرار کی ایک اُذیمائی چکنی نمودار ہوجاتی ہے، جس پر بسرعت چھوٹے چھوٹے صاف آبلے پیدا ہوجاتے ہیں: یہ چند یا

کثیر التعداد ہو سکتے ہیں، اور جب قریب قریب واقع ہوں تو اکثر ایک دوسرے سے ملتقی ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ نزفی ہوتے ہیں۔ اِن کا صاف مافیہ گدلا ہو جاتا ہے اور پھر خشک ہو کر کھرنڈ بنجاتا ہے، جو جھڑ جاتا ہے، اور پھر ایک عارضی دھبّہ باقی رہجاتا ہے لیکن ندبہ کبھی نہیں ہوتا۔ اکثر کسی نبقہ سبحیہ کا ثانوی حملہ واقع ہو جاتا ہے اور نملہ ممکن ہے کہ حصفۂ متعدی (impetigo contagiosa) کے حملہ کا نقطۂ آغاز ہو۔ متصلہ لمفی غدد کسی قدر متورّم ہو سکتے ہیں، لیکن اُس حد تک نہیں جس حد تک کہ نطاقی نملہ (H. zoster) میں ہوتے ہیں۔

سادہ نملہ تقریباً ہر جگہ پر ہو سکتا ہے، لیکن اُس کے انتخابی مقامات چہرے پر لبوں اور ناک کے گرد، اور اعضائے تناسل پر ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی وہ کانوں، بھٹنیوں، دہن کی غشائے مخاطی، اور سُرینوں پر بھی پایا جاتا ہے۔ اس کے توالی کا رجحان مشہور ہے، اور یہ بالعموم ماؤف شخص کے اُسی حصّے پر ہوتا ہے۔ ڈاریئر (Darier) نے مختلف خطّوں پر وافر ثورانات رقم کئے ہیں جو ضد محرقی تطعیمات (antityphoidal inoculations) کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو گئے۔

وجہی یا شفوی نملہ (herpes facialis seu labialis) عام ترین قسم ہے۔ یہ حاد سرایتوں کے ہمراہ واقع ہوتا ہے، مثلاً معمولی نزلہ، لختی ذات الریہ (lobar pneumonia)، انفلوئنزا، دماغی نخاعی التہابِ سحایا، اور ملیریا کے ساتھ۔ یہ سباتی التہاب الدماغ (encephalitis lethargica) میں اور تپِ محرقہ میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ ایک تیز حموی حملہ کے ساتھ ہوتا ہے، جس میں لرزہ ہوتا ہے، (تپِ نملی = herpetic fever) اور اِس قسم کی وبائیں مرقوم ہیں لیکن بعض اصحاب تو میں ایک یا متواتر حملے بلا کسی حاد سرایت کے دیکھے گئے ہیں۔

نملۂ اعضائے تناسل (herpes genitalis)۔ یہ دونوں صنفوں میں پایا جاتا ہے۔ مردوں میں یہ ثوران غلفہ کی اندرونی سطح کو، یا نسبتہً کم اکثر اُس کی بیرونی جانب کو، یا حشفہ کو، یا حشفی غلفی تجویف کو، یا منفذ کو، بلکہ مجری البول تک کو ماؤف کر دیتا ہے۔ عورتوں میں یہ فرج کے کسی بھی حصّے پر، اور کبھی کبھی مہبل میں اور عنق الرحم پر واقع ہو سکتا ہے۔ عورتوں میں متوالی نملہ کے حاد اور وافر حملے ہوتے ہیں، جن میں نہ صرف فرج، بلکہ رانوں

کی اندرونی سطحیں، جبل الزہرہ، بین سُرینی درز، اور سُرین بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ تپ کے ساتھ اِن حصّوں کا اور متصلہ غدد کا ورم ہوتا ہے اور شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے، جس کی وجہ سے ممکن ہے کہ مریضہ کو صاحبِ فراش ہونا پڑے۔ دونوں صنفوں میں یہ نملی ابھار بدلکر تاکلات بنجاتے ہیں، جو ممکن ہے کہ ڈفتھیریائی التہاب کی جیسی جھلّی سے ڈھک جائیں، یا ایک گندہ مخاطی ریمی سیّال خارج کریں۔ نملۂ اعضائے تناسل اِس تاکلی درجہ میں اکثر قرحۂ رخوہ (soft sore) یا اوّلی آتشکی شینکر (primary syphilitic chancre) کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے، اور اُن لوگوں میں جو خود کو ایسے خطرہ میں ڈالتے ہیں قدرتی طور پر ان سرایتوں کی ماسبق استعداد پیدا کر دیتا ہے۔ مزید برآں یہ آتشکی سرایت کو ثانوی علامات کے نمودار ہونے تک مخفی رکھ سکتا ہے۔

خدّی نملہ (herpes buccalis) عموماً شفوی نملہ کے ساتھ ساتھ دیکھا جاتا ہے۔ وہ اکثر آخرالذکر کی طرح دوجانبی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ گالوں کی مخاطی جھلّی، تالو، یا زبان کو ماؤف کردے۔ آبلے جلد ہی تاکلات بنجاتے ہیں۔ بلعوم کا نملہ شاذ ہی ہوتا ہے، اور اُس کے ساتھ عموماً تپ، شدید مقامی درد، اور عنقی غدد کا ورم ہوتا ہے۔ کبھی کبھی یہ ثوران ملتحمہ کو بھی ماؤف کر دیتا ہے۔

جیسا کہ کہا گیا ہے، سادہ نملہ کا توالی ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے، اور اس کے ظاہری اسبابِ محرکہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب معمولی نزلہ ہے۔ نیز سرایت کے مزمن ماسکے اکثر اسبابِ معدہ ہوتے ہیں مثلاً:- دانتوں، انفی بلعوم، انفی جوفوں، یا درمیانی کان کی سرایت کے ماسکے شفوی، انفی، یا اُذنی نملہ میں۔ التہابِ مجری البول، التہاب غدۂ قدامیہ، التہاب الرحم اکثر اعضائے تناسل کے نملہ میں۔ ایسے ماسکوں کا علاج کرنے سے ممکن ہے اِن نملی حملوں کا سدِّباب ہوجائے لیکن سرایت رساں حالتوں کے علاوہ معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات بعض غذائی اشیاء (مثلاً پنیر) نملہ کے اشتعال کا سبب ہوجاتی ہیں۔ عورتوں میں علاوہ اُس حملہ کے جو ازالۂ بکارت (defloration) کے بعد ہوسکتا ہے، نملے کے متوالی حملے، لبوں پر یا فرج پر، تقریباً ہر زمانۂ حیض کے ساتھ ہوسکتے ہیں مردوں میں ممکن ہے کہ کسی خاص عورت کے ساتھ جماع کرنے کے بعد ہمیشہ نملۂ اعضائے تناسل

پیدا ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں معکوس خراش (مثلاً وہ جو دانتوں کے نکلنے یا دندانی عملیات سے پیدا ہو جاتی ہے) بھی نملہ کا سبب معلوم ہوتی ہے۔ 829

متوالی نملہ کی بعض قسمیں متفرق کی جا سکتی ہیں۔ بچوں اور ریعانیوں میں ایک یا دوسرے گال پر متوالی حملے غیر عام نہیں۔ بالغوں میں سُرینوں پر ایسا ہی ہوتا ہے۔ نسبتہً قلیل الوقوع لیکن زیادہ دلچسپ وہ متوالی نملہ ہے جو ہاتھوں اور انگلیوں پر ہوتا ہے اور نطاقی نملہ (H. zoster) سے مشابہت پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اضرار کسی عصبی تنہ کے ممر کے برابر برابر پیدا ہو جاتے ہیں، اور اِن کے ساتھ ساتھ حِسّی اور وعاحرکی اختلالات بلکہ عضلی لاغری بھی موجود ہوتی ہے۔ راقم الحروف کے زیر علاج ایک عورت میں یہ ثوران ہر زمانۂ حیض کے ساتھ اُس کے دائیں ہاتھ کی بچلی اُنگلی میں نمودار ہوتا تھا۔

بحثِ اسباب۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ امر ثابت ہو چکا ہے کہ سادہ نملہ، خواہ اُس کا سببِ محرّک کچھ بھی ہو، ایک ماورائے خردبین مقطار گزار قشب کی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ انسان کے نملہ کے آبلہ کے مافیہ کی تطعیم ایک خرگوش کے قرنیہ کے اندر کرنے سے ایک ممیز التہاب القرنیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ التہاب القرنیہ ایک خرگوش سے دوسرے خرگوش میں انتقال پذیر ہوتا ہے، اور بعض مثالوں میں اِس کے بعد شدید بلکہ مہلک التہاب الدماغ (encephalitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ قشب بہت سے اشخاص کی مخاطی جھلّیوں پر پناہ گزیں ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ اُنھیں نملہ کی شکایت نہ ہو (2)۔ نملی بلکہ غیر نملی موضوعوں کے لعاب دہن کی تطعیم خرگوشوں میں کرنے سے التہاب القرنیہ اور التہاب الدماغ پیدا ہو گیا ہے۔ اگرچہ یہ مرض انسان میں خفیف درجہ کا ہوتا ہے، تاہم نملہ کے حملوں میں دماغی نخاعی سیّال کے اندر لمفی خلیّوں کی کثرت پائی جا سکتی ہے۔ یہ سوال کہ آیا نملہ کا قشب اور سباتی التہاب الدماغ کا قشب دونوں ایک ہی چیز ہیں، ابتک فیصلہ طلب ہے۔

مرضی تشریح۔ اِس کے آبلے شبکۂ مالپیگی کے عمیق تر حِصّے میں، خاردار خلیّوں کے تنخر سے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن نہ تو کوئی غبارگی ہوتی ہے جو نطاقی نملہ میں دیکھی جاتی ہے، اور نہ بین خلوی اُذیما ہوتا ہے۔ اَدمہ میں عروقی اِتساع کے ساتھ اُذیما ہوتا ہے، اور کثیر الاشکال نواتی خلیّوں کی، جو آبلوں کے کہفوں پر حملہ آور ہوتے ہیں،

ثوران تقریباً ہمیشہ یک جانبی ہوتا ہے، اور اُس کا دو جانبی وقوع نہایت شاذ مرقوم ہوا ہے۔ نطاقی نملا کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ وہ لمفی غدد، جو ماؤف رقبہ سے متناظر ہوتے ہیں، ثوران کے ظہور سے پہلے ہی کلانی یافتہ اور الیم ہوجاتے ہیں۔

اِس ثوران کی مدت چار دن سے لیکر دس دن تک کی ہوتی ہے، لیکن مرض یہاں ہمیشہ ختم نہیں ہوجاتا۔ بالخصوص بوڑھے آدمیوں میں ممکن ہے کہ ماؤف عصب کے حمر میں وجع العصبی درد مہینوں یا برسوں جاری رہے اور تشویشناک تکلیف کا باعث ہو۔ اور چند اصابتوں میں تو حسّی ریشوں کے ساتھ حرکی ریشے بھی ماؤف ہوجاتے ہیں، اور متناظر عضلات کا استرخا دیکھا گیا ہے، زیادہ اکثر عصبِ وجہی سے رسد یافتہ عضلات میں، اور بعض اوقات اُن عضلات میں جن کو تیسرے، پانچویں یا چھٹے جمجمی اعصاب سے اور عضلِ دالیہ کو اور شکمی عضلات کو جانے والے اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ جبہی نملہ کے ساتھ یا اُس کے بعد التہابِ ملتحمہ، تقرحِ قرنیہ، یا التہابِ قزحیہ ہوسکتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ ثوران دونوں صنفوں میں تقریباً برابر ہوتا ہے، اور اگرچہ بہ زمانہ شیر خوارگی میں نہایت شاذ ہے تاہم تقریباً ہر عمر میں دیکھا جاتا ہے۔ کسی حد تک موسمی حدوث بھی معلوم ہوتا ہے، اور دوسرے موسموں کی نسبت فصلِ بہار اور خزاں میں اِس کے مریض زیادہ دیکھے جاتے ہیں۔ اِس میں کوئی شک نہیں کہ بعض مثالوں میں یہ متعدی ہوتا ہے، مگر جُدیری (varicella) کی نسبت کم متعدی ہوتا ہے۔ جمع شدہ سریری اور امراضیاتی مشاہدات سے مترشح ہوتا ہے کہ نطاقی نملا میں اصلی ضرر پچھلی نخاعی جڑ، گیسری (Gasserian) یا اُرکبی عقود کی ماؤفیت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی پچھلی جڑوں، نخاع کے پچھلے اُستوانوں، اور محیطی اعصاب میں انحطاطی تغیرات ہوتے ہیں۔ ایسی ماؤفیت مختلف الاقسام اسباب کی وجہ سے ہوسکتی ہے، جن کی عارضی یا سرسری جماعت بندی حسبِ ذیل کی جاسکتی ہے:۔

(الف) جُدیری (varicella) کے ساتھ نطاقی نملہ کے رشتہ کے متعلق اب کوئی شبہ باقی نہیں ہے۔ سب سے پہلے بوکے (Bokay) نے ۱۸۹۲ء میں اِس کا اشارہ کیا اور لی فیورے (Le Feuvre) اور دوسروں نے اِس پر زور دیا، اور ساری دنیا میں کثیر التعداد مشاہدات سے اِس کی تصدیق ہوگئی ہے۔ اِس کی تائید میں جو شہادتیں

ہیں ان کا خلاصہ حسب ذیل پیش کیا جا سکتا ہے :- (۱) نطاقی نملہ کے حملہ کے بعد جدیری ہو سکتی ہے۔ راقم الحروف کے مشاہدہ کردہ ایک مریض میں، جو ایک بوڑھا آدمی تھا اور جسے پہلے جدیری نہیں ہوئی تھی، دھڑ پر نطاقی نملہ کے ایک تمثیلی حملہ کے تقریباً ایک ہفتہ بعد جدیری کا ایک عام ثوران ہوگیا۔ نطاقیہ کے حملہ کے شروع میں وہ اپنی ایک بھتیجی سے ملنے گیا، جسے دو ہفتہ بعد جدیری ہوگئی۔ (۲) اِس کے بَرعکس جدیری کے بعد نطاقیہ ہو سکتا ہے۔ (۳) ایک شخص کو نطاقیہ ہونے کے بعد اِن بچوں میں یا دوسروں میں جو اس کے ساتھ رہے ہوں، بارہ دن سے لیکر سترہ دن تک کے وقفہ سے (جو جدیری کے زمانۂ حضانت سے متناظر ہے) جدیری کا حملہ ہو سکتا ہے، یا اس کا عکس بھی واقع ہو سکتا ہے۔ (۴) اِن دونوں سرایتوں کی مماثلت کی مزید تصدیق نیٹر (Netter) اور اَربین (Urbain) اور زیادہ قریبی زمانہ میں برین (Brain) (4)، نے متمم تثبیتی کشف (complement-fixation test) کا استعمال کر کے کر دی ہے۔ اِس میں اِن دونوں ثورانات کے اضرار کے مصلی مافیہ یا پپڑیوں سے ضدِ جسم آفریں حاصل کیا جاتا ہے۔ دوسرے آبلہ خیز ثورانات (جن میں سادہ نملہ بھی شامل ہے) کے ذریعہ کئے ہوئے تجربات منفی پائے گئے۔ (۵) آبلوں کی خردبینی امراضیات نطاقی نملہ اور جدیری دونوں میں مماثل

ہوتی ہے۔ 831

اغلب ہے کہ نطاقی نملہ کی اُن اصابتوں میں، جن میں اصلیتی توزیع والے ثوران کے خاص حصّے کے علاوہ، جسم کے مختلف حصوں پر آبلوں کی خاطی چکتیاں پیدا ہو جاتی ہیں، اِس مرض کا سبب جدیری کے قِشب کی سرایت ہے۔ جیسی کہ توقع کی جا سکتی ہے ایسی اصابتوں میں یہ ثوران ایک نوعی ساری مرض کا ایک جزو ہوتا ہے چنانچہ تپ، مندرہ، عام کسلمندی، اور سفید خلیوں کی کثرت موجود ہوتی ہے جن میں ایوسین پسند خلیوں کی زیادتی

ہوتی ہے۔

(ب) جدیری کے نوعی قشب کے علاوہ، معلوم ہوتا ہے کہ دوسرے ساری عضویے بھی، جو جوئے خون کے ذریعہ عقود میں پہنچ کر اُن میں التہابی تغیرات پیدا کر دیتے ہیں، سببِ مرض ہو سکتے ہیں۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ نطاقی نملہ میں مبتلا اشخاص کے لوزتین یا سرایت زدہ دانتوں سے علٰحدہ کئے ہوئے نبقات سبحیہ کے اِشراب سے جانوروں

میں نطاقی نملہ پیدا کیا گیا ہے ۔ راقم الحروف نے ایک اصابت کا مشاہدہ کیا ہے کہ ایک خاتون میں، جسے فوق الحجری نملہ کے ساتھ رثیت آسا التہابِ مفاصل (rheumatoid arthritis) تھا، اُس کے عفونتی لوزتین سے علٰحدہ کردہ نبقاتِ سبحیہ سے جُدرین تیار کی گئی، جس کے اثرات سے نہ صرف التہابِ مفاصل میں اشتداد ہو گیا بلکہ نملہ کے متوالی حملے بھی ہو گئے ۔ سانڈی (Sande) کو جبہی نملہ (herpes frontalis) کی ایک اصابت سے حاصل کردہ گیسری عقدہ کی تراشوں میں گرام مثبت نبقات ملے ۔ اِس میں شک نہیں کہ حاد سرایتوں، مثلاً ذات الریہ کے عضویے بھی اِن عقود پر حملہ آور ہو کر التہاب پیدا کر سکتے ہیں اور اِس طرح بعض مثالوں میں نطاقی نملہ کا سبب ہو سکتے ہیں ۔

(ج) نخاعی سحایا کا تدرن اور آتشک پچھلی جڑ کے ایک یا زائد عقود کو ماؤف کر سکتے ہیں ۔ راقم الحروف نے نخاعی بوسیدگی (spinal caries) کی دو اصابتیں دیکھی ہیں، جن میں ایسے رقبہ پر جو عمود الفقرات کے ماؤف حصے کی عصبی جڑوں سے متناظر تھا، نطاقی نملہ کا حملہ ہو گیا ۔ آتشک میں نملہ ثانوی زمانہ میں پایا جا سکتا ہے (بعض اوقات بلا شبہ سالورسان کے اثرات سے تحریک پا کر)، جبکہ سحائی ماؤفیت کے آمارات موجود ہوتے ہیں ۔ یا وہ آتشکی سحائی نخاعی التہاب (syphilitic meningo-myelitis) کے ساتھ موجود ہو سکتا ہے ۔ اور بالآخر وہ ہزال نخاع (tabes) میں اور عمومی شَلَل (general paralysis) میں بھی غیر عام نہیں ہوتا ۔ ہزال نخاع کی ایسی اصابتیں دیکھی گئی ہیں جن میں آلام صاعقہ سے ماؤف رقبہ پر نملہ کے متوالی حملے مہینوں تک ہوتے رہے ہیں ۔

(د) بعض کیمیائی سمّی اشیاء، مثلاً سنکھیا، کاربن مان آکسائیڈ، پیتھیا اور مرکیوری (پارہ)، سبب مرض ہو سکتی ہیں ۔ تسمم سم الفار کی اُس وبا میں جو ۱۹۰۰ء میں مانچسٹر میں بیرنوشوں میں واقع ہوئی، نملہ کے بہت سے مریض دیکھے گئے ۔ بعض اوقات وہ صدفیہ (psoriasis) کی یا دوسرے امراض کی اُن اصابتوں میں پایا جاتا ہے، جن کا علاج سنکھیا کے براہِ دہن استعمال سے کیا جا رہا ہو، لیکن سم الفار کے نامیاتی مرکبات کے اشرابات سے اُس کے پیدا ہو جانے کا امکان نسبتۃً زیادہ ہوتا ہے ۔

(ہ) بعض اوقات ضربی نملۂ نطاقی (traumatic zoster) دیکھنے میں آتا ہے، مثلاً سر یا عمودِ شوکی کے تضررات، نخرۂ قطنی یا شوکی اشرابات، اور شوکہ کی

دست ورزی کے بعد۔
(س) عمود شوکی اور سحایا کی نوبالیدین پچھلی جڑ کے عقود پر حملہ آور ہو سکتی ہیں، جیسے کہ ہیڈ (Head) اور کیمبل (Campbell) کی مرقومہ اصابت میں ہوا، جس میں فقرات کے لحمی سلعہ کے ساتھ نطاقی نملہ کا حملہ ہو گیا (5)۔ اِس میں امتحان بعد الممات سے ظاہر ہو گیا کہ نوبالید نے متناظر عقود کو ماؤف کر دیا تھا۔ دوسری اصابتوں میں پسلیوں کے مرض کے ساتھ ساتھ نملہ کا وقوع ممکن ہے۔ ڈوبلر (Dubler) کی بیان کردہ اصابت میں، جو پسلیوں کے مدرّنی تنخّر کی تھی، عقود تو غیر ماؤف تھے لیکن ایک بین ضلعی عصب کا عصبی التہاب پایا گیا۔

مرضی تشریح۔ پچھلی جڑ کے ماؤف عقود میں عُقدی خلیات کا اتلاف، اور پچھلی جڑوں اور اُستوانوں اور محیطی اعصاب میں انحطاط واقع ہوتا ہے۔ ثوران کے آبلے، جو ایک احمراری قاعدے پر پیدا ہو جاتے ہیں، ویسی ہی ساخت رکھتے ہیں جیسی کہ جُدیری کے آبلوں کی ہوتی ہے۔ یہ آبلے شبکۂ مالپیگی میں بین خلوی اُذیما کی وجہ سے بن جاتے ہیں، اور سرحلمی خلیوں میں ایک مخصوص اور عجیب قسم کا "غباری" انحلاط واقع ہوتا ہے جس سے وہ پھول جاتے ہیں اور اُن کے نوات تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ اُدھر میں عروقی اتساع اور اُذیما کے ساتھ سفید خلیوں کی درریزش ہوتی ہے، اور کسی قدر تنخّر ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ اتنا کافی شدید ہو کہ اُس کے بعد عمیق ندبات باقی رہ جائیں۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ جِلد کے یہ اضرار، جو صریحاً حسّی عقود یا اُن کے بُعدی اعصاب میں خراش آور تغیرات سے پیدا ہو جاتے ہیں، ماؤف جلد کے قبہ میں ھ۔مادّہ (H-substance) (غالباً ہسٹامین =histamine) کی آہستہ آہستہ اور مسلسل رہائی کی وجہ سے ہو جاتے ہیں (6)۔

علاج۔ خفیف اصابتوں میں صرف اسی قدر ضروری ہے کہ بورو ٹیلک کا چھڑکنے کا سفوف (boro-talc dusting powder)، غسولِ کلامین (calamine lotion)، یا سادہ زنک کی گلدی استعمال کر کے اضرار کو صاف اور خشک رکھا جائے۔ مرہموں، تکمیدات اور پولٹسوں سے احتراز کرنا چاہیے، کیونکہ یہ آبلوں کی ثانوی سرایت میں ممد ہوتے ہیں، اور اِنداب کے امکان کو زیادہ کر دیتے ہیں۔ خلاصۂ نخامیہ (۵ ۔ اسی سی) کے محلول

کے دروں عضلی اشرابات نہ صرف درد کو تسکین دیتے ہیں، بلکہ حملہ کی مدت کو کم کرنے میں بھی ایک تعجب انگیز اثر رکھتے ہیں۔ ان اشرابات کا روزانہ تکرار کیا جا سکتا ہے یہانتک کہ درد موقوف ہو جائے۔ حل ان کا واحد مانع ہے۔ ذاتی دموی علاج بھی مفید معلوم ہوتا ہے۔ شدید اور سخت درد کے لئے، جو حملہ کے بعد بھی طویل عرصہ تک باقی رہے (عموماً بوڑھے اشخاص میں) اور ایسا شدید ہو کہ مریض کو خودکشی پر مجبور کر دے، بعض اوقات متناظر عصبی جزوں کا عمیق لاشعاعی علاج حیرتناک طور پر کامیاب ہوتا ہے۔

جراثیمی امراض - ایخرد نبقی

امراضِ جلد کی بڑی اکثریت میں، جس میں امراضیاتی تغیرات جلد میں خرد عضویات کی فاعلی بالیدگی کے سبب سے واقع ہوتے ہیں، سرایت باہر سے واقع ہوتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ نہایت تندرست اور صاف جلد بھی کبھی عقیم نہیں ہوتی، بلکہ اپنی سطح پر، اور خاص کر شعری دہنی جرابات کے دہنوں پر، مخالطی جلدی اتصال کے مقامات پر، اور اپنے قدرتی شکنوں میں کثیر التعداد اور مختلف الاقسام عضویوں کو پناہ دیتی ہے۔ تین عضویے ایسے ہیں جو انسانی جلد کے اندر اسقدر مداومت کے ساتھ (کم از کم متمدن حالات و ماحول کے تحت تو ضرور) پائے جاتے ہیں کہ انھیں شاید جلد کا طبعی باشندہ سمجھنا بیجا نہ ہو۔ یہ عضویے حسب ذیل ہیں:۔ نبقہ عنبیہ ابیض (staphylococcus albus)، تفطیر کا خرد عصیہ (microbacillus of acne)، اور ملاسز کا تخمیلی بذوریہ (pityrosporon of Malassez) جسے غلط طور پر قنینی عصیہ (bottle bacillus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ ایک لہن نما فطر ہے جو مانیلیا (monilia) سے قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ لیکن اس پر جسقدر زور دیا جائے بجا ہے کہ تندرست جلد کو خرد عضویتی بالیدگی کا اڈا نہیں سمجھنا چاہئے، بلکہ اس کے برعکس واقعہ یہ ہے کہ وہ حیرتناک طور پر بے خرد عضویہ ہوتی ہے۔ مطلقاً طبعی جلد میں سے لی ہوئی تراشیں ظاہر کرتی ہیں کہ عضویے علیحدہ علیحدہ اکائیوں کے طور پر قرنی طبقہ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں اور اس کی اوپری تہوں تک کے اندر کبھی داخل نہیں ہوتے۔ وہ شعری دہنی جرابات کے دہنوں پر بھی پڑے ہوئے نظر آتے ہیں، لیکن پسینہ کی قناتوں میں کبھی نہیں ہوتے۔ تاہم یہ امر واضح ہے کہ (7) سطح پر خرد عضویوں کی محض موجودگی، اور فاعلی بالیدگی کی حالت میں

اُن کے وقوع کے درمیان فرق کرنا ضروری ہے ۔ باستثناء بعض تر شکنوں کے (جیسے کہ پاؤں کی اُنگلیوں کے درمیان اور بغلوں میں) جہاں عضویے طبعی طور پر زوردار تکاثر کی حالت میں ہوتے ہیں (اگرچہ وہ صحت کی حالت میں افرازات کی تحلیل سے زائد کوئی اثر نہیں پیدا کرتے)، تندرست جلد پر کوئی فاعلی خرد عضویتی بالیدگی نہیں ہوتی، لیکن دقیق ترین قائمہ یا دوسرے ساری ضربیں عضویے بہت بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں ۔ مزید برآں سیلان الدہن (seborrhœa) اور نصلہ (comedo) میں دُہنی جرابوں کے اندر بیشمار تغطیری عصیات (acne bacilli) موجود ہوتے ہیں، اور سادہ تنخیل (pityriasis simplex) کے چھلکوں میں تنخیلی بذوریہ (pityrosporon) بہ افراط نظر آسکتا ہے ۔

قرنی طبقۂ جلد پر خرد عضویتی حملہ کی مدافعت کے لئے ایک قدرتی حفاظت کا سامان ہے ۔ جب یہ طبقہ مضرور (خواہ کتنا ہی خفیف سا مضرور) ہوجاتا ہے تو ایسے حملہ کا موقع مل جاتا ہے، اور کوئی خرد عضویے جو موجود ہوں [خواہ طبعی طور پر جیسے کہ نبقات عنبیہ، یا اتفاقی طور پر، جیسے کہ نبقات سبحیہ] وہ فاعلی بالیدگی اختیار کرلینے اور امراضیاتی اثرات پیدا کردینے کا امکان رکھتے ہیں ۔ شعری دُہنی دہنوں کو قرنی روک کے کمزور نقطے سمجھنا چاہیئے اور نبقاتِ عنبیہ جو وہاں گھات میں لگے رہتے ہیں، اُس وقت جبکہ جلد کسی خراش آور چیز سے مضرور ہوجائے، جرابی التہاب (folliculitis) پیدا کردینے کا اِمکان رکھتے ہیں ۔

اِسطرح سمجھ میں آجائیگا کہ وہ امراضِ جلد، جو بیرونی سرایت سے ہوجاتے ہیں، مندرجہ ذیل اسباب سے پیدا ہوسکتے ہیں :۔ (۱) اُن عضویوں کی، جو پہلے ہی سے غیر فاعلی حالت میں موجود رہتے ہیں، فاعلی بالیدگی اور حملہ، جلد کے ضرر یا کسی دوسرے ایسے سبب عامل کے سبب سے جو جلد کی مدافعت کو کم کردے، مثلاً نبقی عنبی، اور نسبتہً کمتر حد تک نبقی سبحی سرایتوں کی بہت سی قسمیں ۔ (۲) کسی سرایت زدہ شخص یا حیوان کے ذریعہ قسبی عضویوں سے بلا واسطہ یا بالواسطہ تعدیہ، مثلاً حصفۂ متعدی (impetigo-contagiosa)، قوبا (ringworm)، آتشک، ثولول (warts) اور ذئبہ بروقی (lupus verrucosus) ۔ (۳) سرایت زدہ مخاطی اغشیہ سے جلد پر حملہ، مثلاً حصفہ جو التہاب الانف (rhinitis) یا سیلان الاُذن (otorrhœa) کی وجہ سے ہو

بالائی لب کا انجیریہ (sycosis) جو التہاب الانف کی وجہ سے یا نبقی عنبی حفنی التہاب کے براہِ قنات انفی پھیلنے کی وجہ سے ہو۔ مزید برآں یہ واضح امر ہے کہ جب ایک بار قشبی جراثیمی بالیدگی کا ماسکہ قائم ہوجاتا ہے تو جلد کے دوسرے حصوں پر حملہ ہوجانے کا خطرہ بہت بڑھ جاتا ہے۔

جلد پر عضویوں کا حملہ براہِ جوئے خون ہوسکتا ہے، مثلاً تقیح الدم (pyæmia) اور عفونۃ الدم (septicæmia) میں، تدرن، آتشک، جذام، تقیحی قوباء، بعض امراض طفحیہ (exanthemata)، اور کم از کم بعض اصابتوں میں، غالباً ایسے ثورانات میں جیسے کہ کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme)، کریبی احمرار (erythema nodosum)، اور پرپیُورا۔ 833

بیرونی سرایت سے پیدا ہونے والے عام ترین ثورانات وہ ہیں جو ریم زا نبقات (pyogenic cocci)، عصیۂ تفطیر (acne bacillus)، اور ملاسیز کے تنخیلی بذوریہ (pityrosporon of Malassez) کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور اِن عضویوں سے پیدا ہوجانے والی حالتوں کا بیان پہلے درج کیا جائیگا۔ ریم زا نبقات کے متعلق یہ ہے کہ نبقی عنبی اور نبقی سبحی سرایتوں کے درمیان بعض فروق ذیل میں بصورتِ جدول درج کئے جاتے ہیں:۔

نبقاتِ عنبیہ	نبقاتِ سبحیہ
(۱) بعض نسلوں کو جلد کا قدرتی باشندہ سمجھنا چاہیئے۔	(۱) جلد پر اِن کا حملہ یا تو کسی ماسبق میزبان سے، یا مخالطی اغشیہ سے ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔
(۲) شعری دُہنی جرابات کو ماؤف کردینے کا رجحان رکھتے ہیں، چنانچہ بیشتر نبقی عنبی سرایتیں اوّلی طور پر جرابی ہوتی ہیں۔	(۲) جرابات کی طرف کوئی میلان نہیں رکھتے بلکہ جلد کے قدرتی شکنوں کو ماؤف کرنے اور شقوق بنانے کا رجحان رکھتے ہیں۔
(۳) عموماً عروقِ لمفیہ کا التہاب یا غددی التہاب نہیں پیدا کرتے۔	(۳) عروقِ لمفیہ پر حملہ آور ہوکر غددی التہاب پیدا کردینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

نبقاتِ سبحیہ	نبقاتِ عنبیہ
(۴) نسبتہً کم ریم زا ہوتے ہیں، اور مصل کے ارتشاح میں ترقی دیتے ہیں، جس میں صرف معدودے چند خلیات موجود ہوتے ہیں۔	(۴) کثیر الاشکال نواتی خلیاتِ بیضا کے لئے قوی کشش کیمیائی رکھتے ہیں، اور اس طرح "ریم ستودہ" ("laudable pus") پیدا کر دیتے ہیں۔
(۵) نبقی سبحی اضرار ہمیشہ ثانوی طور پر نبقاتِ عنبیہ سے سرایت زدہ ہو جاتے ہیں، جو ممکن ہے کہ پھر اولی جرابی اضرار بنا دیں، مثلاً نبقی سبحی حصفہ (impetigo) کے بعد نبقی عنبی انجیریہ (sycosis) پیدا ہو سکتا ہے۔	(۵) نبقی عنبی اضرار خالص رہنے کا رجحان رکھتے ہیں، یعنے عموماً ثانوی طور پر دوسرے عضویوں سے سرایت زدہ نہیں ہوتے۔

نبقی سبحی سرایتیں

حَصفہ (impetigo) کی اصطلاح جلد کی اُس اوپری سرایت کے لئے تجویز کی گئی ہے جو ریم زا عضویوں سے پیدا ہو جاتی ہے، اور جس کا ممیز خاصہ قائحات یا پھپھولوں کا بنجانا ہے، یہ تندرست جلد پر بہ سرعت نمودار ہو جاتے ہیں، اور اِن کا مافیہ خشک ہو کر پپڑیاں بنا دیتا ہے، جن کے نیچے اندمال واقع ہوتا ہے۔ تندرست جلد پر نمودار ہونے کے بجائے، اِنھیں خود عضویوں کی سرایت اُن امراضیاتی اضرار (بالخصوص اکزیما) کو پیچیدہ بنا سکتی ہے جو کہ پہلے سے موجود ہیں اور پیپ اور بالآخر پپڑیاں پیدا کر سکتی ہے۔ اِن حالات کے تحت اِن اضرار کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ ثانوی طور پر حصفی (impetiginised) ہو گئے ہیں۔

(۱) اولی حصفہ (primary impetigo) کی دو ممتاز قسمیں ہیں:-

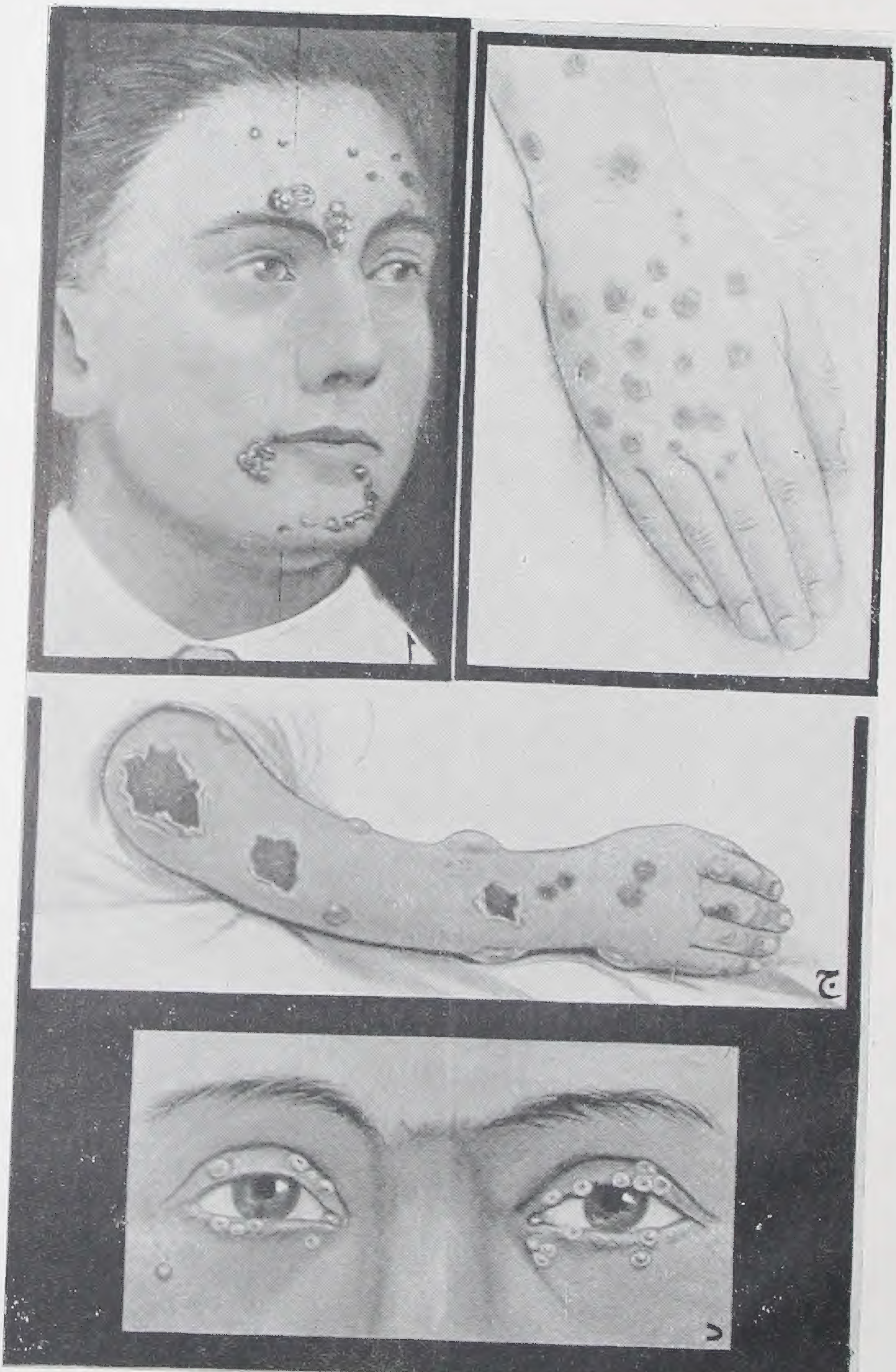
حصفۂ متعدی (impetigo contagiosa) (Tilbury Fox)، جو طویل ریم زا نبقاتِ سبحیہ (streptococcus pyogenes longus) کی سرایت کے باعث ہوتا ہے۔ (۲) حصفۂ بوخارت (impetigo of Bockhardt) جو نبقی عنبی سرایت کے باعث ہوتا ہے۔ گر حصفہ کی اصطلاح کو صرف نبقی سبحی قسم کے لئے محفوظ رکھنا پسندیدہ ہے۔ بوخارت کے حصفہ کو مسامی جرابی التہاب (porofolliculitis) کے نام سے موسوم کرنا باعثِ سہولت ہے۔

حصفۂ متعدی

(impetigo contagiosa)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۸۵، الف)

اس قسم میں نبقۂ سبحیہ سے جلد کی سرایت قرنی طبقہ کے عین نیچے واقع ہوتی
ہے۔ اوّلی ضرر ایک چھوٹا سا سرخ دھبّہ ہوتا ہے، جو سیّال کے ارتشاح کے باعث نہایت
سرعت کے ساتھ ایک سطحی آبلہ یا پھپولا بنجاتا ہے، اور یہ آبلے یا پھپولے ہی اس مرض
کے ممیّز اضرار سمجھے جاسکتے ہیں۔ جہاں قرنی طبقہ پتلا ہوتا ہے، جیسے کہ چہرے پر، یہ پلپلے
ہوتے ہیں لیکن دوسرے حصوں میں، بالخصوص ہتھیلیوں اور تلووں پر، یہ تناؤ دار رہتے
ہیں۔ ابتدائی درجہ میں اِن کے اندر کا سیّال صاف مصل ہوتا ہے اور اُس سے اکثر
نبقۂ سبحیہ کی خالص کاشت اُگائی جاسکتی ہے، لیکن جلد ہی نبقاتِ عنبیہ سے ثانوی
سرایت واقع ہوجاتی ہے اور پھر یہ سیّال سپید خلیوں کی موجودگی کے باعث گندلا
ہوجاتا ہے۔ اِس درجہ میں آبلوں کے گرد بیش دمویت کا ایک سرخ ہالہ ہوتا ہے۔ 834
یہ سیّال آبلہ کی سقف کے انشقاق کے باعث خارج ہوسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ
خود بخود خشک ہوجائے۔ بہر صورت خشک مصل سے ممیّز پپڑیاں بنجاتی ہیں، جو زرد یا
عنبری رنگ کی ہوتی ہیں، یا بعض اوقات خون اور میل کی آمیزش سے بھوری ہوتی ہیں۔
چند روز کے بعد پپڑیاں اُتر کر اصلی ضرر کے مقام پر ایک گلابی داغ کا نشان باقی رہجاتا
ہے۔ اگر پپڑی کو اُس کے نیچے اندمال واقع ہونے سے پہلے ہی دور کردیا جائے تو ایک کچی
رستی ہوئی، اور بعض اوقات خون نکلتی ہوئی سطح منکشف ہوجاتی ہے، جس پر ازاں بعد


ا
ج
د

صفحہ ۵۸

الف ۔ حصفہ متعدی ۔ ملاحظہ ہوں عاجل آبلہ نما اضرار، شہد کے رنگ کی پپڑیاں،

گردو پیش کا التہابی ہالہ، دہن کے زاویوں پر نیلگی سی جی شقاقات جس کے ساتھ دائیں

زاویہ سے ایک V شکل چلتی پھیل رہی ہے (la perleche)۔

ب ۔ احمرار کثیر الاشکال ۔ ملاحظہ ہو اس کی توزیع ہاتھ کی پشت پر، اور اٹھے ہوئے

قرص نما، احمراری اضرار، جو محیط پر گلابی اور مرکز میں ارغوانی ہیں۔

ج ۔ نومولودی داء الفقاع ۔ ملاحظہ ہوں بڑے بڑے پھپھولے، جو معمولی حصفہ متعدی

کے زیادہ چھوٹے آبلوں سے تضاد ظاہر کرتے ہیں، کچی سطحیں جو پھپھولوں کے پھوٹنے

سے منکشف ہو گئی ہیں، اور معرار قبوں کے محیط پر قرنی تہ کے سکڑے ہوئے باقیات۔

د ۔ متعدی رخوۃ ۔ ملاحظہ ہوں لؤلؤی سلعات معہ ان کے مرکزی نشیبوں کے،

جن میں سے پنیری مادہ باہر نکل رہے ہیں۔

جلد ہی پھر پپڑی بنجاتی ہے۔ اندمال طبعی سرعت سے مکمل طور پر از سر نو پیدا ہوکر واقع ہوتا ہے اور کوئی ندبہ باقی نہیں رہتا۔ موضوعی علامات عموماً خفیف ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ کسیقدر خفیف سی خارش یا جلن ہو، اور بچوں میں کھرونچنے سے تازہ اضرار پیدا ہوجاتے ہیں۔ حصفۂ متعدی کی مختلف قسمیں بیان کی گئی ہیں۔

پیچوانہ حصفہ (impetigo circinata) میں مقابلۃً کم ارتشاح ہوتا ہے، اور اضرار محیط کی جانب پھیلتے ہیں مگر مرکز میں مندمل ہوتے جاتے ہیں، اور اس طرح پیچوانہ چکتیاں بنا دیتے ہیں جن کے حاشیے پپڑی دار ہوتے ہیں۔ اِس حالت پر اکثر غلطی سے پیچوانہ قوبا (circinate ringworm) کا گمان ہوتا ہے۔ چکتیوں کے سنگم سے وسیع تزریدی شکلیں پیدا ہوسکتی ہیں (تزریدی حصفہ =I. gyrata)۔

آبلہ دار حصفہ (impetigo bullosa)۔ اس قسم میں اضرار بڑے بڑے پھپھولے بنا دیتے ہیں، جن کی سقفیں پلپلی ہوتی ہیں، باستثناء اُس مقام کے جہاں قرنی طبقہ دبیز ہوتا ہے، جیسے کہ ہتھیلیوں اور تلووں پر۔

حصفۂ نخالی (impetigo pityrodes)۔ جیسا کہ سبوراڈ (Sabouraud) نے ۱۹۰۴ء میں زور دیا، نبقی سبحی حصفہ کی ایک خشک مخفف شکل ہوتی ہے جو عموماً چہرہ پر واقع ہوتی ہے، اور جس میں اضرار خشک نخالی چکتیوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جن کی شکل عموماً بیقاعدہ ہوتی ہے۔ یہ غالباً قدیم مصنفین کے (dartre volante یا tetter کی اصابتوں کی اکثریت سے متماثل ہوتے ہیں۔ یہ معمولی حصفہ کے حملہ کے خاتمہ کے قریب پائے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ہم ایک ہی مریض میں تمام درجے (پپڑی دار رِستے ہوئے اضرار سے لیکر متذکرۂ بالا خشک چھلکے دار چکتیوں تک) دیکھیں۔ یہ اُن بچوں میں بھی نہایت عام ہوتے ہیں جو مزمن انفی نازلت میں مبتلا ہوں اور جنھیں معمولی حصفہ کا کوئی معین حملہ نہ ہوچکا ہو، اور پھر یہ اکثر اوقات نتھنوں یا دہن کے زاویوں پر نبقی سبحی شقاقات کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ قوی قلوی صابنوں کے استعمال سے (جو حفاظتی قرنی طبقہ کو منتشر کردیتے ہیں) اِن کے وقوع کی استعداد اسبق پیدا ہوجاتی ہے، لیکن سرایت سے قطع نظر ایسے صابن بطور خود خشک چھلکے دار چکتیاں پیدا کرسکتے ہیں۔ حصفۂ نخالی متعدی ہوتا ہے اور اُس کی بہت سی وبائیں بیان

کی گئی ہیں ۔ اُس کی تفریق اُن چھلکے دار چکتیوں سے کرنی پڑتی ہے جو ملاسیز کے تخیلی بذوریہ (pityrosporon of Malassez) سے پیدا ہوجاتی ہیں، اور جو عموماً زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں میں دیکھی جاتی ہیں، نیز اکزیما نما جلدی درنہ (eczematoid tuberculide) سے تفریق کرنی پڑتی ہے۔

بحث اسباب ۔ نبقی سبحی حصفہ کے اوّلی نُفیطے (primary phlyctenule) پر جلد ہی ثانوی طور پر نبقات عنبیہ کا حملہ ہوجاتا ہے جو ہمیشہ شعری دُہنی جرابات کے دہنوں میں موجود رہتے ہیں، اور چونکہ یہ عضویے معمولی واسطوں کے اندر نبقات سبحیہ کی نسبت بہت زیادہ آسانی اور افراط کیساتھ بالیدگی حاصل کر لیتے ہیں، لہٰذا ممکن ہے کہ حصفہ کے ابتدائی اضرار سے تیار کی ہوئی کاشتوں تک سے نبقات عنبیہ کی خالص بالیدیں حاصل ہوجائیں۔ نبقہ سبحیہ کو حاصل کرنے کے لئے مصل کو ابتدائی نُفیطہ سے، یا پپڑی کو علٰحدہ کرنے کے بعد جو کچّی سطح منکشف ہو اُس سے، ایک چھوٹے شیشہ کے اندر کھینچ لیا جاتا ہے جو مصلی یخنی سے آدھا بھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس نالچے کے سرے مُہر بند کردئے جاتے ہیں، اور اِس کو تقریباً آٹھ گھنٹوں تک ۳۹ درجہ پر محتفظن کرلیا جاتا ہے۔ اب اگر اس نالچے کے زیرین سرے کو توڑ دیا جائے تو واسطہ کے پہلے چند قطروں کے اندر نبقہ سبحیہ کی خالص کاشت موجود ملیگی، اور نالچہ کے بالائی حصّے میں کے سیّال میں، جو ہوا کے تماس میں ہوتا ہے، نبقات عنبیہ موجود ہونگے۔ چونکہ نبقہ سبحیہ ایک اِمکانی ناہوا باش ہے، لہٰذا نالچہ کے زیرین ترین حصّے میں وہ تنہا ہی اُگیگا۔ جب حصفہ کے نُفیطات یا پھپھولے ہاتھ کی راحی سطح پر واقع ہوتے ہیں، جہاں شعری دُہنی جرابات نہیں موجود ہوتے اور بدیں وجہ نبقات عنبیہ کمتر تعداد میں ہوتے ہیں، تو نبقی عنبی حملہ نسبتہً دیر سے واقع ہوتا ہے، نُفیطہ کا مصلی مافیہ صاف رہنے کا رجحان رکھتا ہے، اور نبقہ سبحیہ معمولی واسطوں کے اندر بھی خالص کاشت میں حاصل ہوسکتا ہے۔ کرسٹل وایولیٹ (crystal violet) شامل رکھنے والے کاشتی وسائط بھی، جو نبقات عنبیہ کی بالیدگی کو روک دیتے ہیں، استعمال کئے جاسکتے ہیں (8)۔ اِس ذریعہ سے معمولی حصفہ اور نافطیت (ecthyma) میں نبقہ سبحیہ طویل (streptococcus longus) کی وافر بالیدیں حاصل کی جاتی ہیں، مگر طبعی جلد سے

اور دوسرے مختلف جِلدی ثورانات سے (جو نبقی سبجی مبداء کے نہوں) بنائی ہوئی 835
کاشتوں میں یا تو نبقاتِ سبجیہ بالکل اُگتے ہی نہیں، یا اُن کی صرف چند علٰحدہ علٰحدہ
نوآبادیات حاصل ہوتی ہیں۔ اسطرح حصفہ تخنیلی (impetigo pityrodes) کی نبقی سبجی
تسبیب کے متعلق سَبوراڈ (Sabouraud) کے دعوے کی تصدیق ہوتی ہے۔ حصفہ کی
ماسبق استعداد پیدا کرنے والے خاص حالات تمام اقسام کے ضربے ہیں، جن سے
جِلد کا قرنی طبقہ مضرور ہوجائے، اور قشبی نبقات سبجیہ کی سرایت میں تکشف۔ جیساکہ
اِس کے نام سے ظاہر ہے یہ متعدی مرض ہے، اور بالواسطہ یا بلاواسطہ تماس سے
خاندان کے ایک رکن سے دوسرے میں منتقل ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور مدارس میں
اور دوسری جماعتوں میں وبائی شکل میں بھی ہوتا ہے۔ نام نہاد "فٹ بال پھنسی"
("scrum-pox") دراصل حصفہ متعدی ہے جو فُٹ بال کے میدان پر تماس کی وجہ
سے پھیلتا ہے۔ تعدیہ کے علاوہ یہ خود بخود بھی پیدا ہوسکتا ہے اور خارشی حالتوں،
مثلاً خارشت (scabies) اور بالخصوص قمل الراس (pediculosis capitis) میں
پیچیدگی کے طور پر واقع ہوسکتا ہے۔ جِلد الراس کا حصفہ بیشتر اوقات آخرالذکر سبب کی
وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ یہ نتھنوں کے گرد، یا بالائی لب پر اُس نبقہ سبجیہ کی پیدا کی ہوئی
جِلدی سرایت سے شروع ہوسکتا ہے جو حاد التہاب الانف (acute rhinitis)
یا قیحی انفی اخراج سے ماخوذ ہوتا ہے، اور کان کے گرد درمیانی اُذن کے مزمن التہاب
(chronic otitis media) کے اخراج سے شروع ہوسکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ
زاویۂ دہن پر شقاقات (fissures) سے پیدا ہوجاتا ہے (la. perleche)۔

مرضی تشریح ایک آبلہ میں سے لی ہوئی خُردبینی تراش سے ظاہر ہوتا ہے کہ
یہ ذراتی طبقہ کے لیول پر واقع ہوتا ہے، چنانچہ اِس کی سقف قرنی طبقہ سے اور
قاعدہ خاردار خلیہ والی تہہ کے بالائی حصہ سے بنتا ہے۔ اِس کا سیال مصل ہوتا
ہے جس میں سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ آبلہ کے فرش کے برابر نبقاتِ سبجیہ کی زنجیریں
اور سقف اور اطراف کے قریب نبقاتِ عنبیہ کے گروہ دکھلائی دے سکتے ہیں۔ نیچے
کی بَرجلد اُذیمائی ہوتی ہے، اور دروں سرحلمی لمفی راہوں میں سپید خلیے نظر آسکتے
ہیں۔ حُلیمات میں کے عروق شعریہ متسع ہوتے ہیں اور خفیف التہابی دررینش موجود

ہوتی ہے -

انذار - انذار ہر انفرادی اصابت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے - مرض کا عاد حملہ جو ایسے بچہ یا بالغ میں ہو، جو دیگر لحاظ سے اچھی صحت کی حالت میں ہے، کوئی تین سے لیکر چھ ہفتوں کی مدت کا متعیّن عمر رکھتا ہے، اور سرایت رساں نبقہ سبجیہ کی مناعت بتدریج نمویاب ہونے سے شفایابی خود بخود واقع ہو جاتی ہے - اس کے برعکس کمزور شدہ اشخاص میں، بالخصوص اُن میں جن میں مخاطی جھلیوں میں مزمن نبقی سبجی سرایت کی شکایت ہو (جو غربا کے بچوں میں اسقدر عام ہوتی ہے) یا جو سیلان الاذن میں مبتلا ہوں، حصفہ عموماً نبقی سبجی شقاقات اور تسمیط (intertrigo) کے ہمراہ واقع ہو کر ایک مزمن مرض بن سکتا ہے - ایسی ہی اصابتوں میں (قطع نظر اُن مزمن شقاقات کے جو مخاطی جلدی اتصالات پر اور جلد کے قدرتی شکنوں میں ہوتے ہیں) حصفہ کی اُس خشک چھلکے دار قسم کے وقوع کا امکان ہوتا ہے، جو پہلے بیان کی گئی ہے -

علاج - مقامی - نبقی سبجی حصفہ کے لئے بہترین مقامی لاسقات میں سے ایک لاسقہ فرانسیسیوں کی یو-ڈی-الیبور (eau d' Alibour) ہے، جس کے مختلف ضابطے استعمال کئے جاتے ہیں - سبوراڈ مندرجۂ ذیل کی سفارش کرتا ہے -

R/ (Zinci sulphatis—1·0) زنک سلفیٹ - - ۱ء۰

(Cupri sulphatis —4·0)-- کاپر سلفیٹ - - ۴ء۰

(Aq. dest. .—1000·0)— آب مقطر - - ۱۰۰۰ء۰

اِس محلول کو نرم روئی کے پھاروں سے زور سے لگانا چاہیئے، تاکہ پپڑیاں علیحدہ ہو جائیں اور محلول زیر افتادہ سرایت زدہ سطح کے تماس میں آ جائے - اِن لاسقات کو روزانہ کئی بار مکرر لگانا چاہیئے، یہانتک کہ اُن کے اثر سے دبیز زرد پپڑیوں کے بجائے خشک سطحی چھلکے پیدا ہو جائیں - اِس محلول کا مجفّف اثر اکتھیال (ichthyol) کا ایک کمزور زیادہ لگا کر کم کیا جا سکتا ہے -

ایک متبادل طریقہ یہ ہے کہ پپڑیوں کو علیحدہ کرنے کے بعد سرایت زدہ رقبوں کو ۷۰ فیصدی روح شراب میں بنائے ہوئے (۴۰۰۰ میں ایک حصہ طاقت کے) پرکلورائڈ آف مرکیوری (perchloride of mercury) کے محلول سے پچاریں - بہر صورت جب

اضرار کی تجفیف واقع ہو جائے تو ایک سیمابی زبدہ یا لئی استعمال کرنی چاہیئے، مثلاً

R/ (Hydrarg. ammoniat gr v—x) بگیرند- ہائڈرارج امونئیٹ - ۵ - ۱۰ اگرین
(Ung. paraffini ad ℥i)- انگنٹم پیرافینی - ایک اونس تک

یا

R/ (Hydrarg. oxidi flavi. gr. v—x) بگیرند- ہائڈرارج آکسائڈ فلیوی - ۵ - ۱۰ اگرین
(Pasta zinci Comp. B. P. ad ℥i) پیسٹا زنکی کمپونڈ - برٹش فارماکوپیا - ایک اونس تک

وسیع اصابتوں میں جن میں پپڑی زیادہ ہو بورک نشاستہ کی پولٹسوں
836 (boric-starch poultices) کے ابتدائی لاسفات مفید ہیں، اور جب ثوران وسیع طور پر پھیلا ہوا ہو تو زنک سلفیٹ کا ایک بڑا چمچہ بھر روزانہ غسلہ میں شامل کر دینا چاہیئے - اگر متصلہ مخاطی جھلیوں کی سرایت اور کوئی شقاقات موجود ہوں تو اُن کا علاج کرنا بھی بہت اہم ہے -

جیسا کہ کہا گیا ہے، حصفہ کے حملہ سے شفایابی کا انحصار غالباً مقامی علاج کے کارگر ہونے کی نسبت زیادہ تر مناعت کی نمو یابی پر ہوتا ہے۔ حصفی اضرار سے حاصل کردہ عضویوں کی نسلوں سے مخلوط تبقی سبحی اور تبقی عنبی جُدرین (vaccine) تیار کی جاتی ہے، اور ابتدائی اصابتوں میں اس کے پُرتمیز استعمال سے حملہ، مرض کے نمو کو روکنے کی کوشش کرنا کارآمد ہے - جُدرین ان اصابتوں میں بھی مفید ہوتی ہے کہ جنمیں کافی مقامی تدابیر کے باوجود تازہ اضرار ظاہر ہوتے رہتے ہیں، نیز طویل المدت اصابتوں میں جب کبھی ممکن ہو سمندر کے پاس یا کسی صحت بخش آب و ہوا میں بالکل میدانی زندگی بسر کرنیکی تاکید کرنا چاہیئے، اور یہ مزمن اصابتوں میں جنمیں نہایت محتاط مقامی علاج عموماً توالیٔ مرض کو روکنے میں ناکام رہتا ہے تقریباً ناگزیر ہے۔

یہ کہا گیا ہے کہ حصفہ متعدی اکثر بالواسطہ تماس سے، تولیوں، حجامت کے برشوں وغیرہ کے ذریعہ پھیلتا ہے -

نافطیت

(ecthyma)

یہ حالت نبقی سبحی حصفہ کی گہری قسم سمجھی جا سکتی ہے، جس میں بر ادمہ کا اتلاف واقع ہو کر ایک قرحہ بنجاتا ہے۔ اضرار قائحات یا پھپھولوں کی طرح شروع ہوتے ہیں، جن میں مصل بھرا ہوتا ہے، اور وہ جیسا کہ معمولی حصفہ میں ہوتا ہے، یا تو گدلا ہوتا ہے یا زیادہ شاذ صورتوں میں ثانوی نبقی عنبی سرایت کے درجہ کے لحاظ سے صریحاً ریمی ہوتا ہے۔ یہ مصل خشک ہو کر ایک دبیز چپکی ہوئی پپڑی بنا دیتا ہے جس کا رنگ میلا زرد ہوتا ہے یا خون کی آمیزش کی وجہ سے سرخی مائل، یا بعض اوقات تقریباً روپیا نما (rupial) نوعیت کا ہوتا ہے۔ مقابلۃً ابتدائی اضرار میں پپڑی کے گرد اصلی پھپھولے کی سقف سکڑی اور سمٹی ہوئی نظر آسکتی ہے، اور اس سے آگے التہاب کا ایک سرخ رقبہ ہوتا ہے جس میں بعض اوقات بہت اُذیما ہوتا ہے۔ پپڑی کو نکالنے کے بعد زیر افتادہ قرحہ منکشف ہوتا ہے۔ یہ عموماً زیادہ گہرا نہیں ہوتا، اُس کے کنارے واضح الحدود، اور قاعدہ سرخ ہوتا ہے۔ اُس سے ایک ریمی یا مصلی دموی ارتشاح خارج ہوتا ہے، جس میں نسیجی فواضل، لچکدار ریشے متغیّر سرخ جسیمات دمویہ، سپید خلیئے، اور نبقات موجود ہوتے ہیں۔ مناسب حالات اور علاج کے تحت یہ اضرار خشک ہو جاتے ہیں، پپڑیاں اُتر جاتی ہیں، اور قرحہ مندمل ہو کر ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جو عموماً ایک ملوّن کنارے سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔

نافطیت بیشتر اوقات ٹانگوں، سُرینوں (بالخصوص شیر خواروں میں)، اور پشت پر دیکھی جاتی ہے۔ دورانِ خون کا رکود ایک اہم امدادی عامل ہوتا ہے، چنانچہ یہ دوالی وار ٹانگوں پر واقع ہونے کا امکان رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ ایک دوالی نما قرحہ کا ابتدائی نقطہ ہو۔ عام کمزوری، اطرافی اختناق (acroasphyxia)، الکحلیت، اور ذیابیطس اسبابِ مُعِدہ ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ حالت خارش (pruritus)، خارشت (scabies)، اور تقمل (pediculosis) میں پیچیدگی کے طور پر واقع ہو جائے۔ دورانِ جنگ میں یہ ہمارے جوئیں بھرے سپاہیوں میں بہت کچھ از کار رفتگی کا سبب ہو گئی تھی، اور اکثر برازی نبقۂ سبحیہ (streptococcus fæcalis) سرایت رساں عضویہ معلوم ہوا (Mac Cormac)۔

مرضی تشریح ۔متقرح ضرر ادمہ کا تنخز بعض خلوی دررزش اور شدید امتلا ظاہر کرتا ہے، اور ساتھ ہی عروق کا اتساع ہوتا ہے اور وہ خلیتوں کے غلافوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں ۔

علاج ۔مقامی علاج انھیں اصول پر کرنا چاہیئے جو پہلے حصفہ کے لیئے تجویز کیئے گئے ہیں ۔ دشوار علاج اصابتوں میں اضرار کا سورج کی روشنی میں یا ماورائے بنفشی شعاعوں میں تکشف کرنے سے عموماً اندمال جلد واقع ہوگا ۔کمزور اشخاص میں، بیرون خانہ طویل آرام، اور مقویات [بالخصوص سیرپ فیری آیوڈائیڈ ۔برٹش فارماکوپیا .Syr) (ferr iodidi B.P. اور سیرپ کیلسی لیکٹو فاسفیٹ، برٹش فارماکوپیا Syr. calcii) (lactophosphatis B.P.] کا استعمال مقتضیات علاج ہیں ۔

رضیعی گنگرینی التہاب جلد

(dermatitis gangrenosa infantum)

اس نہایت شاذ حالت کا تذکرہ پہلے گنگرینی جلدیرای (varicella gangrenosa) کے نام کے تحت کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 35) ، لیکن گو یہ مرض عموماً موتیا سیتلا (chicken-pox) کے عواقب میں سے ہوتا ہے، تاہم یہ دوسرے ثورانات شلاً جدری البقر (vaccinia) اور اُس ساری التہاب جلد کے بعد ہو سکتا ہے جس کو طفحہ رومالی ("napkin-rash") کہتے ہیں ۔یہ عموماً ضموری شیرخواروں میں ہوتا ہے جو ماسبق حاد مرض، نامناسب تغذیہ اور عدم احتیاط، کساحتہ (rickets) یا تدرن کے باعث کمزور ہو گئے ہوں، لیکن یہ اُن بچوں میں بھی دیکھا گیا ہے جن کی خبرگیری اچھی کی گئی ہو ۔اضرار واضح الحدود مُزمنہ قروح ہوتے ہیں جو اکثر ایک سیاہ غشیثہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں ۔ممکن ہے کہ وہ مندمل ہو جائیں، مگر شدید اصابتوں میں وہ محیطاً پھیل کر گنگرینی تقرح کے وسیع رقبے پیدا کر دیتے ہیں ۔یہ بچے عموماً تیز تپ سے حاد طور پر بیمار ہوتے ہیں ۔موت تقیح الدم اور عفونی شعبی ذات الریہ (septic bronchopneumonia) سے واقع ہو جاتی ہے ۔جو مریض شفایاب ہو جاتے ہیں اُن میں ساری عمر وسیع پھیلا ہوا انداب ضرور موجود رہتا ہے ۔

بحث اسباب ۔ غالباً اصلی سرایت رسال عضویہ، معمولی نافطیت کی طرح، ایک ریم زا طویل نبقہ سبحیہ (streptococcus pyogenes longus) ہوتا ہے، لیکن ثانوی حملہ آور، مثلاً نبقات عنبیہ، بلاشبہ اہم اور بعض اوقات غالب حصہ لیتے ہیں ۔ اِس امر کا معتدبہ ثبوت موجود ہے کہ کم از کم بعض اصابتوں میں اِس مرض کے نمو کا سبب عصیہ ریم ازرق (bacillus pyocyaneus) ہوتا ہے ۔

علاج ۔ اُنھیں اصول پر عامل ہونا چاہئے جو نومولودی داء الفقاع (pemphigus neonatorum) کے تحت بتلائے گئے ہیں ۔

تسمیط

(intertrigo)

وہ ثوران جو تسمیط کے نام سے مشہور ہے (تسمیطی احمرار 'erythema intertrigo: تسمیطی ایکزیما :eczema intertrigo) ایک التہابی سرخی ہے جو جِلد کے قدرتی شکنوں میں واقع ہوتی ہے، مثلاً جنگاسوں میں، سرینوں کے درمیان، بغلوں میں، پستانوں کے نیچے، کانوں کے پیچھے، اور موٹے آدمیوں میں زیر معدی ہراؤ میں اور گردن کے گرد ۔ اِس کی سادہ ترین شکل میں یہ ثوران جِلد کے اُن حصوں سے قریبی طور پر متناظر ہوتا ہے جو متماس ہوتے ہیں ۔ سطح کچی ہوتی ہے، اُس پر سے بر جلد کی بالائی تہیں اُتر جاتی ہیں، اور ایک سپیدی مائل گدلے سیّال کا افراز ہوتا ہے، جو اکثر یا کے زرد مصل یا مصلی ریم سے مختلف ہوتا ہے، اور تا وقتیکہ اُس کے ساتھ اُس پر لگائی ہوئی دوائی اشیاء کی آمیزش نہ ہو وہ خشک ہو کر پپڑیاں نہیں بناتا ۔ دہراؤ یا شکن کی تہہ میں اکثر ایک شقاق ہوتا ہے جو متقابل سطحوں کو علیحدہ کرنے پر بہ آسانی نظر آجاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ تسمیط کوئی موضوعی علامات نہ پیدا کرے، مگر بعض اوقات کھجلی کی شکایت ہوتی ہے اور ہمیشہ کھرچنے سے ثانوی ایکزیمیت اور ساتھ ہی حزازیت پیدا ہو جانے کا امکان ہے ۔

بحث اسباب ۔ جلد کی دو متقابل سطحوں کا میکانی فرک، افراز کا جمع ہونا اور سڑنا، اور اُن حصوں کی تری، یہ سب عاملات مُعِدّہ ہیں ۔ اسی واسطے ظاہر

ہے کہ ذاتی عدم صفائی اور فربہی تسمیط کے نمو میں مُمد ہوتے ہیں۔ لیکن اِن عالاتِ معدّہ کے علاوہ، تسمیط کا اصلی سبب ماؤف دہراؤ یا دہراؤں میں جلد کی سطح کی سرایت زدگی ہے" اور یہ مختلف اقسام کے عضویوں کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ چنانچہ ہم جن اقسام کو جانتے ہیں وہ مندرجۂ ذیل کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہیں :- (۱) نبقہ سبحیہ' (۲) قوبائی فطر (ringworm fungus) کی بعض انواع، مثلاً برآدمی فطرابی (epidermophyton inguinale) (حاشیئی اکزیما : eczema marginatum' سعفہ ساقی tinea cruris : اور خرد بذوریہ ادقّ : (microsporon minutissimum) (حُمرہ : erythrasma) -(۳) جنسِ مانیلیا (یا بویضی فطر :oidium) کے لہن نما عضویے' خفی النبقہ فطر (cryptococcus)' شکری فطر (sacchromyces) یا دروں فطر (endomyces) (بویضی فطریتیں :oidiomycoses) مع ملاسیز کے تخیلی بذوریہ (pityrosporon of Malassez) کے حُمرہ (erythrasma) اور برآدمی فطریت (epidermophytosis) کی تشخیص عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ اُن کا تذکرہ بعد کے ایک باب میں کیا جائیگا۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ کھرچن کے محتاط خردبینی امتحان اور کاشتی تحقیقات کے بغیر نبقی سبحی تسمیط اور بویضی فطریتوں (oidiomycoses) کی وجہ سے پیدا ہونے والی تسمیط کے درمیان تفریق کرنا غیر ممکن ہو۔

غالباً، جیسا کہ سبُوراڈ کا قول ہے، سادہ تسمیط کی اصابتوں کی اکثریت نبقی سبحی مبداء کی ہوتی ہے۔ خلف الاُذن تسمیط (retroauricular intertrigo) میں تو فی الحقیقت یہی ہوتا ہے۔ دہراؤ کے محور میں ایک شقاق پایا جاتا ہے' جس کے دونوں جانب کا منظر نبقی سبحی حصفہ کا سا ہوتا ہے' یا سادہ تسمیط کا سا جیسی کہ دوسرے دہراؤں میں دیکھی جاتی ہے۔ یعنے ممکن ہے کہ وہاں حصفی پپڑیاں ہوں جن کو علٰحدہ کرنے پر ایک ترگلابی سطح معمولی حصفہ کی طرح منکشف ہوتی ہے' اور ساتھ ہی سرایت زدہ رقبہ اصلی دہراؤ سے آگے تک پھیلا ہوا ہوتا ہے' یا ممکن ہے سرایت صرف اُس دہراؤ تک محدود ہو' اور کوئی پپڑی نہ بنی ہوئی ہو۔ ایسی نبقی سبحی تسمیط جنگاسوں زیرِ معدی دہراؤ' بین سرینی درز (internatal cleft) میں (جہاں وہ مبرزی خارش pruritis ani : کا سبب ہو سکتی ہے)' بغلوں' اور عورتوں میں زیرِ پستانی دہراؤ میں بھی

دیکھنے میں آسکتی ہے - عضویوں کے ایمن نماگروہ کی وجہ سے پیدا ہونے والی تسمیط میں سرایت کی توسیع کا نسبتہً زیادہ رجحان ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ دہراؤں کی حدود سے بہت آگے تک ایک وسیع پھیلا ہوا التہاب جلد پیدا ہو جائے - اِس قسم کا بیان 838 بعد میں درج کیا جائیگا - یہ یاد رکھنا چاہئے کہ صدف فیہ (psoriasis) بھی تعریجات کو ماؤف کر سکتی، اور بعض اصابتوں میں ساری مبداوی کی تسمیط کی قریبی مشابہت پیدا کر سکتی ہے -

علاج - نبقی تسبحی تسمیط میں ضروری ہے کہ مرکزی شقاق بالکل مندمل ہو جائے ورنہ عکس مرض کا وقوع یقینی ہے - سب سے زیادہ سادہ اور کارگر طریقہ یہ ہے کہ روحِ شراب میں بنا ہوا ایک فیصدی محلولِ آیوڈین نرم روئی کے پھاہے سے سرایت زدہ رقبہ پر روزانہ ایک یا دو بار زور سے لگایا جائے اور ہر الساق کے بعد دہراؤں میں سادہ زنک کریم (zinc cream) لیس دی جائے - اِس علاج کو جاری رکھنا چاہئے یہانتک کہ نیا قرنی طبقہ کامل طور پر از سرِ نو پیدا ہو جائے - بعض اصابتوں میں، بالخصوص جب کہ مرکزی شقاق گہرا اور دشوار علاج ہو، اسپرٹ ایتھرس نائٹروسائی میں بنایا ہوا سلور نائٹریٹ کا دو فی صدی محلول (2 percent solution of silver nitrate in spt. ætheris nitrosi) آیوڈین کی نسبت پسندیدہ تر ہے - فطری تسمیط (mycotic intertrigo) میں بھی آیوڈین کا محلول نہایت کارگر ہوتا ہے -

یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ انتہائی احتیاط کے ساتھ صفائی، دہراؤں کی متقابل سطحوں کی علیحدگی، اور ہلکے دافع عفونت چھڑکنے کے سفوف کا استعمال، یہ سب حفظِ ما تقدمی تدابیر کے طور پر مقتضیاتِ علاج ہیں - اِس میں کوئی شبہ نہیں کہ اُس تسمیط میں جو فربہ اشخاص کے دہراؤں میں اسقدر عام ہے، قعودی زندگی، افراطِ غذا (بالخصوص کاربوہائیڈریٹس اور شحمی غذا کی کثرت) اور کثرتِ لباس (overclothing) اکثر عاملات معدہ ہوتے ہیں، اور اِس حالت میں غذائی پابندیوں اور باقاعدہ ورزش کے علاوہ، قلویات (alkalies) کا داخلی استعمال اکثر مفید ثابت ہوتا ہے -

مزمن خلف الاذن تسمیط (chronic retroauricular intertrigo) بچوں میں عام ہے، اور عموماً اُن میں دیکھی جاتی ہے جو مزمن انفی بلعومی نازلت

(chronic nasopharyngeal catarrh) ،حصفی مقدم التہاب انف (impetiginous anterior rhinitis) ،اور چہرہ کے حصفہ کی خشک چھلکے دار قسم میں مبتلا ہوتے ہیں ۔ اِن اصابتوں میں مریض کے لئے سمندر کے قریب کھلی ہوا میں زندگی، فیاضانہ غذا جس میں حیاتین کی افراط ہو، اور حقیقی یا مصنوعی شمسی علاج کا ایک نصاب تجویز کرنا چاہئے ۔

نبقی سبحی شقاق
(streptococcal fissure)

جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے نبقاتِ سبحیہ جلد کے دہراؤں کو سرایت زدہ کرتے ہیں، اور اِن میں اور مخاطی جِلدی اتصال کے مقامات پر شقاقات پیدا کر دینے کا اِمکان رکھتے ہیں ۔ آخرالذکر مقامات میں مخاطی جھلی اکثر اس سرایت کا اوّلی منبع ہوتی ہے ۔ اِسطرح اَنفی شفوی دہراؤں میں شقاقات عموماً ایک حاد یا مزمن انفی التہاب کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہیں ۔ اور شفوی ملتقاؤں پر کے شقاقات، جو La perleche کا نقطۂ آغاز ہوتے ہیں، یا تو نبقی سبحی التہاب الفم (stomatitis)، التہابِ لثہ (gingivitis) یا جو فیزی تجیج (pyorrhæa) سے پیدا ہو سکتے ہیں، یا اُن بچوں میں جن کی رال بہتی ہے سرایت زدہ ریق کے ساتھ تعطین کا نتیجہ ہوتے ہیں ۔ خلف الاذن خطوں میں کے شقاقات (خلف الاذن تسمیط :retroauricular intertrigo) اور بنا گوش کے نیچے کے شقاقات بھی عام ہیں ۔

خلف الاذن تسمیط (retroauricular intertrigo) کو اکثر غلطی سے اکزیما، یا سیلان الدُہنی التہابِ جلد (seborrhœic dermatitis) تشخیص کر لیا جاتا ہے ۔ یہ ایک قدرتی دہراؤ کے مزمن نبقی سبحی سرایت کی نہایت عمدہ مثال ہے ایک یا دونوں کانوں کے پیچھے ایک تر پپڑی دار رقبہ دیکھا جاتا ہے، اور اِن پپڑیوں کے نیچے کی سطح آسمانی مائل سرخ رنگ کی ہوتی ہے ۔ دہراؤ کے زاویہ پر شقاق ہوتا ہے، جو سرایت زدہ رقبہ کو دو نصف حصوں میں تقسیم کر دیتا ہے اور کان کو آگے کی طرف کھینچنے پر منکشف ہو جاتا ہے ۔ بعض اوقات حافیہ پر اصلی نبقی سبحی آبلہ کے باقیات، اُبھری

ہوئی قرنی تہہ کے ایک سُکڑے ہوئے ٹکڑے کی شکل میں نظر آسکتے ہیں۔
La perleche ' یا شفوی ملتقاؤں کی تسمیط کا آتشک کی مخاطی چکیتوں کے ساتھ اور شفوی نملہ (labial herpes) کے ساتھ خلط ملط ہوجانا ممکن ہے۔ یہ ایک شقاق ہے جو دہن کے ایک یا دونوں زاویوں پر ہوتا ہے، جس کے ساتھ ایک V کی شکل کا التہابی رقبہ باہر کی طرف پھیلتا ہوا ہوتا ہے، جو معطون رمادی مائل سفید رنگ کے برادمہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ یہ اکثر حصفہ متعدی (impetigo contagiosa) کے ساتھ موجود ہوتی ہے، اور دوسرے نبقی سبحی شقاقات کی طرح بازسرایت کا منبع ہوسکتی ہے۔ یہ متعدی ہوتی ہے، اور بوسہ لینے یا اُن قلموں یا پنسلوں کے تبادلہ سے پھیلتی ہے، جنھیں کسی سرایت زدہ شخص نے اپنے مُنہ میں بکرار رکھا ہو۔ یہ اکثر اُس تخمیری قسم کے سوءِ ہضم کے ہمراہ ہوتی ہے، جو کاربوہائیڈریٹ غذاؤں کی کثرت کے سبب سے ہوا ہو۔

علاج۔ نبقی سبحی شقاق پر سلور نائٹریٹ کے ۲ فیصدی محلول کی پھریری لگانا چاہیے جو اسپرٹ ایتھرس نائٹروسائی میں بنا ہوا ہو اور پھر اس پر ایک سیمابی مرہم (mercurial ointment) لگا دینا چاہیے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں لاشعاعوں کی کسری مقداریں مفید ہوتی ہیں۔

لمفی عروق کا نبقی سبحی التہابِ ناکس 839

(relapsing streptococcal lymphangitis)

یہ حالت نہایت عام طور پر چہرے پر یا کانوں کے گرد پیدا ہو جاتی ہے۔ وجنی خطّے اور بالائی لب اس کے عام محلِّ وقوع ہیں۔ سریری طور پر یہ حالت معمولی سُرخباد (erysipelas) سے مشابہ ہوتی ہے، اور رقبۂ ماؤف متورم، سُرخ، اور کسی قدر چمکدار ہوجاتا ہے۔ اس کے ساتھ بنیئی اختلال عموماً کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ سرایت رساں نبقہ سبحیہ کی قشبیت خفیف ہی ہوتی ہے۔ سرد ہوا میں تکشف سے اس کا حملہ شروع ہوسکتا ہے۔ متواتر حملوں سے عروقِ لمفائیہ کا مستقل انسداد پیدا ہوکر ملکی داءالفیل (elephantias's nostras) کی ایک قسم پیدا ہوسکتی ہے۔ اس سبب سے بالائی لب اور وجنی خطّوں کا مستقل ورم پیدا ہوجانا غیر عام نہیں۔ پاؤں، ٹخنوں اور ٹانگوں کو ماؤف کرنے والے عروقِ لمفائیہ کے التہاب کے متوالی حملے پاؤں

کی اُنگلیوں کے درمیان نبقی سبحی شقاقات کے ہمراہ بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ شقاقات تقریباً ہمیشہ پاؤں کی برآدمی فطریت (epidermophytosis) (جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتے ہیں۔ اگر عروقِ لمفائیہ کا مستقل انسداد پہلے ہی سے واقع نہ ہوگیا ہو، تو برآدمی فطریت کا کارگر علاج شفا بخش ہوگا۔

بحثِ اسباب ۔ یہ حالت حصۂ ماؤف کے عروقِ لمفائیہ کی نبقی سبحی سرایت زدگی کے باعث ہوتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں ایک نبقی سبحی شقاق موجود ہوتا ہے، جس سے وقتاً فوقتاً باز سرایت واقع ہوتی رہتی ہے۔ بعض اصابتوں میں خارجی شقاق نہیں ہوتا، لیکن عموماً دہن یا انفی بلعوم کی مخاطی جھلیوں میں یا انفی اجواف میں نبقی سبحی سرایت کا کوئی مزمن ماسکہ موجود ہوتا ہے۔

علاج ۔ اگر کوئی نبقی سبحی شقاق سببِ مرض ہے تو اُس کی شفایابی سے حملے موقوف ہوجائینگے۔ دوسری اصابتوں میں دہن، ناک، یا انفی بلعوم میں نبقی سبحی سرایت کا کوئی منبع تلاش کرکے اُس کا علاج کرنا چاہیئے۔ جب دیرپا داء الفیل پیدا ہوگیا ہو، تو ممکن ہے کہ سرایت کے اصلی منبع کو دور کردینے سے ورم بتدریج رفع ہوجائے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ متاثرہ رقبہ پر لاشعاعوں کی مکرر چھوٹی معتادیں بعض اوقات مفید ہوتی ہیں۔ ایک سبحی نبقی جادرین کے، جو خودزاد یا مختلف ماخوذہ نسلوں سے تیار شدہ ہو، دروں جلدی اشرابات یقینی طور پر مفید ثابت ہوتے ہیں، خواہ عروق لمفیہ کا مواظب تسدد ہی موجود ہو۔ ابتدائی معتاد چھوٹی ہونی چاہیئے، ایک یا دو ملیون عضویات، اور مابعد معتاد محل اشراب پر تعامل کے درجہ پر منحصر ہوتی ہے، جو کہ بالعموم شدید ہوتا ہے، اور اکثر تکوین خراج اور تنخر کا باعث ہوتا ہے۔ جب تک یہ تعامل نمایاں رہے، معتاد کو نہیں بڑھانا چاہیئے۔

جلد الراس کا ایکزما آسا سبحی نبقی ثوران

(Fausse teigne amiantacéed'Alibert)

یہ حالت بسا اوقات جلد الراس پر پس اُذنی تسمیط (retroauricular intertrigo) کے ہمراہ دیکھی جاتی ہے، لیکن جلد کے کسی سرایتی ضرر کے بغیر بھی واقع

ہو سکتی ہے - یہ جلد الراس کی سطح پر وسیع طور پر پھیلی ہوئی ہوتی ہے، یا محدود المقام ہوتی ہے، اکثر اوقات قمۃ الراس پر - اس کا ممیز خاصہ ایک سفید سی ویقی پپڑی ہوتی ہے، جو نقرئی چھلکوں سے مرکب ہوتی ہے، جو بالوں کو الجھا کر گچھا سا بنا دیتی ہے، اور جب ان الجھے ہوئے بالوں کو اٹھایا جاتا ہے، تو چھلکے منفرق ہو جاتے ہیں اور شعری ڈنڈیوں سے چمٹ جاتے ہیں - بالائی حصہ کی نقرئی سفیدی کے تضاد میں، پپڑی کی زیریں سطح زردی مائل ہوتی ہے، جو کہ مصل کی آمیزش کی وجہ سے ہے - پپڑی کو دور کرنے کے بعد، زیر افتادہ بر جلد چکنی اور ذرا گلابی نظر آتی ہے، اور جب اس کو ہلکے سے کھرچا جائے تو مصل کے قطرے مرتشح ہوتے ہیں -

لہذا یہ ثوران نوعیت میں اکیزما آسا ہے، البتہ مصلی ارتشاح اقل ہوتا ہے اور قرتیتی چھلکوں کی تکوین ایک نمایاں خصوصیت ہے -

بحث اسباب - پس اُذنی تسمیط کے ساتھ اس کا کثیر الوقوع ائتلاف خاص طور پر اس وقت جبکہ سرایت جلد الراس کی جانبی سطحوں تک اوپر کو پھیلنے کا رجحان رکھتی ہو، اس کے نبتی سبجی مبداء کی دلیل ہے، اور سبوراڈ (Sabouraud) بیان کرتا ہے کہ نبقات سبحیہ قشروں کی عمیق تر تہوں سے لی ہوئی کاشتوں میں پائے جاتے ہیں - جب ایسا ہو تو اس حالت کو نبقات سبحیہ کی مقامی بالیدگی کا اکیزما آسا رد عمل سمجھنا چاہیئے - تاہم بعض اصابتوں میں کاشتوں سے صرف نبقۂ عنبیہ ابیض (staphylococcus albus) حاصل ہوا ہے حالانکہ خاص وسائط تک استعمال کئے گئے ہیں اور نبقات سبحیہ، قرب و جوار کی تسمیط سے افراط میں اُگائے گئے ہیں - مزید برآں بعض مماثل اصابتیں مشاہدہ کی گئی ہیں جن میں آخر الذکر مفقود تھی، لیکن نبتی سبجی سرایت کا مزمن ماسکہ یا ماسکے دوسری جگہ موجود تھے، مثلاً انفی جوف میں، جس کے کامیاب علاج سے ثوران کو فائدہ ہوتا معلوم ہوتا تھا - لہذا اغلب معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات یہ ایک حقیقی اکیزما آسا نبتی سبجی ثوران جلدی (streptococcide) ہوتا ہے، یعنی ایسے نبتی سبجی سم کا جو جلد میں یا دوسری جگہ سرایت کے بعید ماسکہ سے جذب ہو، سرطلمی رد عمل -

علاج - چھلکوں کو دور کر دینا چاہیئے، اور متاثرہ رقبہ پر ایک مرہم لگانا چاہیئے

840

جو آئیل آف کیڈ (oil of cade) یا امونیئیٹڈ مرکری (ammoniated mercury) اور لائکر پائسس کاربونک بی۔ پی (liq. picis carbonic B.P.) پر مشتمل ہو۔ اگر ثانوی تسمیط موجود ہو، تو اس کا علاج سابق الذکر اصولوں کے مطابق کرنا چاہیے۔ ہر اصابت میں نبقی سبجی سرایت کے ممکنہ دوسرے ماسکوں کی تلاش کرنی چاہیے۔

جیکٹ کا رضیعی احمرار

(infantile erythema of Jacquet)

(طفحۂ رومالی = napkin-rash)

اِس نام سے التہابِ جلد کی وہ شکل موسوم ہے، جو شیر خوار بچوں کے رقبہ رومالی (napkin-area) میں عام ہوتی ہے اور جو تسمیط کی ایک قسم سمجھی جاسکتی ہے۔ یہ ثوران سُرینوں، شکم کے زیریں حصوں، اعضائے تناسل، اور رانوں کے اندرونی اطراف میں، یعنے اُن رقبوں پر واقع ہوتا ہے جن میں چڈی سے رگڑ پہنچتی ہے۔ یہ پنڈلیوں پر اور رانوں کے اُن حصوں پر بھی جو اُسوقت جبکہ بچہ اپنی ٹانگیں اوپر کو سکیڑ لیتا ہے پنڈلیوں کے مقابل ہوتے ہیں، نیز ایڑیوں پر دیکھنے میں آتا ہے۔ ابتدائی یا احمراری درجہ میں اس کا منظر معمولی تسمیط جیسا ہوتا ہے، لیکن اس کا رنگ ایک عجیب سرخی مائل تانبے کی جھلک جیسا بھی ہوسکتا ہے۔ پھر ممکن ہے کہ آبلے پیدا ہوجائیں اور تاکلات بنجائیں، اور پھر یہ چپٹے سرخ بثور میں متغیر ہوجائیں، جو پیدائشی آتشک کے بثور سے کسیقدر مشابہ ہوتے ہیں۔ بالآخر یہ تاکلات مُزمنہ قروح میں منتقل ہوسکتے ہیں، جو اکثر ایک دوسرے کے ساتھ پیوستہ ہوجاتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ مریضوں کی اکثریت میں یہ حالت "امونیائی لتہ" ("ammoniacal diaper") سے تعلق رکھتی ہے۔ یہ تبلایا گیا ہے (9) کہ یہ امونیا اُس گندہ نباتی عضویہ (saprophytic organism) سے پیدا ہوجاتا ہے جو بہت سے شیر خواروں نیز نسبتہً زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں کے براز میں موجود ہوتا ہے، یعنے عصیلہ امونیازا (Bacillus ammoniagenes) سے، جو یوریا (urea) سے آزاد امونیا بنادینے کی طاقت رکھتا ہے $[CO(NH_2)_2+2H_2O=(NH_4)_2CO_3=$

$2NH_3 + H_2O + CO_2$] - اوّلی تسبیبی عامل جلد کی خراش ہے جو پیشاب اور پاخانہ سے آلودہ رومالیوں میں اسطرح پیدا شدہ امونیا کا نتیجہ ہوتی ہے، لہٰذا التہاب الجلد، جلد کے اُن رقبوں تک محدود ہوتا ہے جو تر رومالی سے تماس میں آتے ہیں۔

یہ ثوران چھاتی کا دودھ پینے والے بچوں میں نسبتہً شاذ ہوتا ہے، کیونکہ ان میں طبعی ترشئی اجابتیں عصیّلہ اَمونیا سازی کی بالیدگی کے لئے نسبتہً کم موافق ہوتی ہیں۔ اِس کے برعکس، اُن بچوں میں جنھیں وافر پروٹینی غذا ملتی ہو اور جن کی اجابتیں قلوی ہوں، یہ عضویہ پھلتا پھولتا ہے، اور اُنھیں میں یہ حالت نہایت عام طور پر پائی جاتی ہے۔ چڈیوں کو جلد جلد نہ بدلنا اور رومالیوں کو صاف رکھنے میں غفلت برتنا، یہ قدرتی طور پر عوامل مُعِدّہ ہیں۔ اَمونیائی لتّہ کی خراش سے پہلے احمرار پیدا ہوجاتا ہے، جس کے بعد تقشّر ہوجاتا ہے۔ زیادہ مدت کی اصابتوں میں اِس قلی کے فعل سے جِلد کھُرکھری، خشک اور موٹی ہوجاتی ہے اور یہ مناظر "دھوبن کے التہاب الجلد" ("washerwoman's dermatitis") سے مشابہ ہوتے ہیں۔ قرنی طبقہ کو جو مضرت پہنچتی ہے وہ قدرتی طور پر ریم زا عضویوں، اور بالخصوص اُن نبقاتِ سبحیہ کے حملہ میں مُمد ہوتی ہے جو غالباً ثانوی اضرار (آبلہ نما ثورا اور قانحات، اور نافطی قروح) کا سبب ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت سبُوراڈ جیکٹ کے التہاب جلد کو نبقی سبحی حصفہ اور نافطیت (echthyma) خیال کرتا ہے، لیکن اُس کا اصلی سبب وہ اوّلی مضرت ہے جو اَمونیائی لتّوں سے جِلد کو پہنچتی ہے۔ یہ کہنا ضروری ہے کہ ایک مماثل حالت اُن بڑے بچوں میں بھی پیدا ہوسکتی ہے جن کو شب بولی (nocturnal enuresis) کی شکایت ہو، اور اُن بالغوں میں بھی جو سلس البول (urinary incontinence) میں مبتلا ہوں۔ مختون مرد شیرخواروں کے احلیل کے گرد جو تقرح واقع ہوسکتا ہے وہ بھی اَمونیائی لتّہ سے منکشف حشفہ کی خراش کے باعث ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اِس ثوران کی اہمیت اِس حقیقت میں مضمر ہے کہ اِس کی زیادہ شدید شکلوں میں یہ پیدائشی آتشک کے ثوران سے بآسانی خلط ملط ہوسکتا ہے، اور پیرٹ
(Parrot) نے (جس نے اِسے ابتداءً بیان کیا) اِسے آتشک کے ساتھ غلط طور پر منسوب 841
کیا۔ تفریقی تشخیص میں خاص امور یہ ہیں کہ طفحِ رومالی اُن حصوں پر ہوتا ہے جہاں دباؤ

اور فرک کا امکان ہوتا ہے، نہ کہ تعریجات پر، جو جلد کے تماس سے محفوظ ہوتے ہیں۔ ہتھیلیوں اور تلووں پر اضرار نہیں واقع ہوتے۔ ثوران کا رنگ نسبتہً کم تانبے جیسا ہوتا ہے، اور مبرز اور زاویۂ دہن پر مخاطی چکتیاں موجود نہیں ہوتیں۔ بایںہمہ، مشکوک اصابتیں پائی جاتی ہیں، اور ایسی صورتوں میں والدین اور بچہ دونوں میں احتیاط کے ساتھ آتشک کے متعلق تفتیش کرنی چاہیئے۔

علاج۔ کُوکے (Cooke) نے بتلا دیا ہے کہ لتوں کو کسی دافع عفونت دوا میں بسا لینا (اور اسطرح عصیۂ امونیا نُما کی بالیدگی کو روک دینا) سرعت کے ساتھ مؤثر ہوتا ہے۔ وہ سفارش کرتا ہے کہ لتوں کو دھونے کے بعد مرکیورک کلورائڈ (mercuric chloride) کے (۴۰۰۰ میں اطاقت والے) محلول میں کھنگال لینا چاہیئے [یہ محلول اسطرح بنایا جاتا ہے کہ ۱/۲ ، گرین کا ایک قرص ۲ کوارٹ (۱/۲ گیلن) پانی میں حل کر لیا جاتا ہے] ۔ پھر اُنھیں خوب نچوڑ کر سوکھنے دیا جاتا ہے۔ اِس کے بدل کے طور پر بورک ایسڈ (boric acid) کا سیر شدہ محلول اسی طریقہ سے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ اگرچہ نسبتہً کم کارگر ہوتا ہے، لیکن اِس میں وہ خطرہ موجود نہیں ہوتا جو مرکیورک کلورائڈ جیسے مضرت رساں زہر کو بے احتیاطی کے ساتھ ہاتھ لگانے اور کام میں لانے میں ہو سکتا ہے۔ خفیف اصابتیں محض اسی تحریزی علاج سے اثر پذیر ہو جاتی ہیں، لیکن جب تاکلات اور تقرح موجود ہوں تو لیسر کا پیسٹ (Lassar's paste) جس میں امونیئیٹڈ مرکیوری (ammoniated mercury) (ایک اونس میں بقدر ۵ گرین) شامل کیا جا سکتا ہے، آزادانہ طور پر استعمال کرنا چاہیئے۔ اجابتوں کا طبعی ترشئی تعامل بحال کرنے کے خیال سے غذا میں بھی ترمیم کرنا چاہیئے۔

نبقی عنبی سرایتیں

(STAPHYLOCOCCAL INFECTIONS)

جلد کے نبقی عنبی اضرار کی بڑی اکثریت اوّلی طور پر جرابی ہوتی ہے، اور اُن کی مرضی نسیجیات کو صاف طور پر سمجھنے کیلئے شعری دہنی جراب (pilo-sebaceous follicle)

کی عام ساخت پر غور کرنا چاہیئے ۔ یہ ایک دستانہ کی انگلی کی طرح ، بر جلد کے انغماد سے بنتی ہے ، جو سطح سے ترچھے رُخ میں آدمہ کے اندر پھیلتا ہے ، جس میں یہ مفروش ہوتا ہے ، اِس جراب کی گہرائی اِس کے اندر کے مشمولہ بال کی جسامت کے تناسب سے ہوتی ہے ، اور یہ بال جس قدر زیادہ بڑا ہوتا ہے جراب اُسیقدر زیادہ گہری ہوتی ہے ۔ عمیق ترین جرابات میں سے بہت سی جرابیں تحت الجلدی شحمی تہہ تک پھیلتی ہیں ۔ دہنی غدہ جراب سے ترچھے طور پر اُس نقطہ سے نکلتا ہے جو سطح سے اُس کی گہرائی کے ایک ثلث پر واقع ہوتا ہے ۔ پیندے میں آدمی حُلیمہ ہوتا ہے ، جس کی سرحلمی پوشش سے بال بنتا ہے ۔ شعری دہنی جراب بسہولت تین حصوں میں تقسیم کی جاسکتی ہے :- (الف) مُنہ یا دَھنہ ، جو اُس نقطہ پر ہوتا ہے جہاں سے بال باہر نکلتا ہے ۔ (ب) قمع ، جو دُہنہ اور دُہنی غدہ کے فتح کے درمیان واقع ہوتا ہے ــــ یہ بالائی ایک ثلث بناتا ہے ۔ (ج) قمع اور حلیمہ کے درمیان کا حصّہ ۔ اِس زیرین ترین دو ثلث میں بال سرحلمی استر کے ساتھ قریبی طور پر متماس ہوتا ہے ، لیکن قمع کے اندر اِن دونوں کے درمیان ایک حقیقی فضا موجود ہوتی ہے ، اور یہی وہ مقام ہے جہاں سیلان الدہن (seborrhœa) کے مبتلا اشخاص میں عصیہ تقطیر بالیدگی حاصل کرتا ہے ۔ دہنہ جراب عریض ترین حصّہ ہے ، اور یہ جلد کی سطح پر ایک پیالہ نما نشیب بناتا ہے ، اور اکثر ایک خفیف تنگی کے ذریعہ قمع سے جُدا ہوتا ہے ۔ دہنہ کے اندر ، سرحلمی فواضل کے درمیان پڑے ہوئے چند نبقات عنبیہ ملتے ہیں ، جو موافق حالات میسر آنے پر تعداد میں بڑھ کر التہابی اضرار پیدا کردیتے ہیں ۔ تری اور حرارت اِن نبقات عنبیہ کی فاعلی تنبیت میں خاص طور پر تحریک پہنچانے کا امکان رکھتے ہیں ۔ اسی واسطے ایسے خطوں جیسے کہ بُن ران اور بغلوں میں اکثر فاعلیت پیدا ہوجاتی ہے ، اور پولٹسوں اور تکمیدات کا اثر اکثر مضر ہوتا ہے ۔

نبقاتِ عنبیہ ، مصنوعی واسطوں پر اُن کی بالیدگی کے رنگ کے لحاظ سے تین خاص گروہوں میں تقسیم کئے گئے ہیں ، یعنے نبقہا عنبیہ ابیض ، نبقہ عنبیہا ذہبیہ اور نبقہا عنبیہ ترنجیہا ۔ رنگ کی گہرائی کسی حد تک اُن کی قشبیت کی نمائندہ ہے ، اسیطرح جسطرح کہ اُن کی خون پاش قوت ہے ۔ نبقہا

عنبیہ ابیض، جو سب سے کم قشبی ہے، انسانی جلد کا طبعی باشندہ ہوتا ہے - اِس عضویہ کی مختلف نسلیں یا ترمیم شدہ صورتیں بیان کی گئی ہیں، اور یہ اپنی قشبیت میں ایک بے ضرر گندہ نبات سے لیکر ایک معتین طور پر ریم زا عضویہ تک مختلف ہوتا ہے (4)- یہ ملاسیز کے تنخیلی بندوریہ (pityrosporon of Malassez) کے ایتلاف میں نام نہاد شحمی تنخیل (pityriasis steatoides) اور سیلانُ الدُّھنی جلدی التہاب (seborrhœic dermatitis) میں (جو ملاحظہ ہوں)، فعّال بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے - یہ عام اور خفیف جرابی قائحہ (follicular pustule)
842 کا، اُن قائحات کا جو کثرتِ شعر (hypertrichosis) کے لئے مو ربائی کے بعد اکثر پیدا ہو جاتے ہیں، مسامی جرابی التہاب (porofolliculitis) کی بعض اصابتوں کا، اور بعض خراجات دوخت کا سبب ہوتا ہے۔ نہایت شاذ حالتوں میں یہ انجیریہ (sycosis) کا مسبّب عضویہ ہو سکتا ہے - نبقہا عنبیہ ذہبیہ تقریباً ہمیشہ جلد کے زیادہ خطرناک اور مزمن نبقی عنبی اضرار کا، اور بلاشبہ التہاب لُبّ عظام (osteomyelitis) اور نبقی عنبی عفونت الدم کا سبب ہوتا ہے - یہ مسامی جرابی التہاب (حصفۂ بوخارت) کی زیادہ شدید شکل کا، دُمّلوں اور راج پھوڑوں (carbuncles)، انجیریہ، ساری ایکزیمانما جلدی التہاب، التہابِ غدۂ عرقیہ (hydradenitis)، قیر خواروں کے خراجاتِ متعددہ، گرد ناخنی التہاب (perionychia) کی بہت سی اصابتوں، ریم زا ذرّاتی سلعہ (granuloma pyogenicum)، نومولودی داء الفقاع (pemphigus neonatorum)، اور تفطیر (acne) کے خرد عصیّہ کے ایتلاف میں تنخرّی تفطیر (acne necrotica) کا سبب ہوتا ہے - نبقہا عنبیہ ترنجیہا، جو قشبیت کے لحاظ سے دوسری دو انواع کے درمیان ہوتا ہے، بعض اوقات نبقہا عنبیہا ذہبیہ کے بجائے پایا جاتا ہے - زیادہ قشبی نبقات عنبیہ کا ایک ممیّز خاصہ اُن کا تنخرّ پیدا کرنے کا رجحان ہے، جیسا کہ دُمّلوں، راج پھوڑوں (carbuncles)، اور زیادہ اوپری طور پر مسامی جرابی التہاب کی بعض اصابتوں میں، اور تنخرّی تفطیر میں واقع ہوتا ہے۔

اگرچہ نبقہا عنبیہ ابیض جلد کے اندر ہمیشہ موجود رہتا ہے، یہ بیان اُسکی

دوسری دو قسموں کی حالت میں صادق نہیں آتا ۔ نبقہ عنبیہ ذہبیہ کی کاشت بعض اوقات طبعی اشخاص کی صاف جلد سے حاصل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً اُس کی موجودگی یا تو یہ ظاہر کرتی ہے کہ موضوع کسی فعّال ریم زا ضرر میں مبتلا ہے، یا یہ کہ وہ کسی ایسے شخص کے تماس میں آیا ہے جو اسطرح سرایت زدہ تھا ۔ دونوں صورتوں میں وہ شخص "نبقہ ریم کا حامل" ("pyococcus carrier") ہو گیا ہے ۔ جب ایک بار ریم زا نبقہ عنبیہ کی فعّال سرایت واقع ہو چکی ہے تو یہ عضویہ شعری دُہنی جرابوں کے دہنوں میں گویا بو دیا جاتا ہے، نہ صرف اصلی اضرار کے قرب و جوار میں، بلکہ اُن حصوں میں بھی جو اُن سے دُور دراز فاصلہ پر ہوتے ہیں ۔ یہ واقعہ انتہائی اہمیت رکھتا ہے، نہ صرف اِس وجہ سے کہ جبتک کہ یہ ریمی نبقہ جلد میں موجود ہے جسم کے مختلف حصّوں میں تازہ اضرار (جیسے دُمّل) پیدا ہو جانے کا اِمکان ہوتا ہے، بلکہ اسوجہ سے بھی کہ وہ موضوع دوسروں کے لئے ایک طاقت ور سرچشمۂ سرایت ہوتا ہے ۔ جیسا کہ بعد میں معلوم ہو گا، نبقۂ ریم کا یہ حامل تو مولودی داء الفقاع (pemphigus neonatorum) کی سب نہیں تو بیشتر وباؤں کا سبب ہوتا ہے ۔ اِس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ جلد کی متوالی ریم زا سرایت، مثلاً دُمّلیت (furunculosis)، کی اصابتوں میں سطحی عفونت کو دور کرنا معقول علاج کا سب سے پہلا اُصول ہے ۔

نبقی عنبی قائحہ

(staphylococcal pustule)

(مسامی جرابی التہاب =porofolliculitis)

جلد کا سادہ ترین اور عام ترین نبقی عنبی ضرر وہ چھوٹا سطحی قائحہ ہے، جو شعری دُہنی جراب کے دہنہ پر بنجاتا، اور نبقہ عنبیہ ابیض (S. albus) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے ۔ یہ عضویے، جو دہنہ میں مخفی پڑے رہتے ہیں، کسی ضربہ مثلاً کسی خراش آور شے کے لگانے، یا رگڑ، حجامت وغیرہ کے اثر سے فاعلی طور پر بڑھنا شروع ہو کر ایک شہتوت نما تودہ بنا دیتے ہیں ۔ اُن کے تکاثر کے ساتھ قیاس ہے کہ اُن کے سموم آزاد ہو کر آدمہ میں کے عروق سے کثیر النواتی سپید خلیوں کی مہاجرت کا سبب ہو جاتے ہیں،

اور یہ خلیے برادمہ کی عمیق تر تہوں میں سے گذر کر، مالفیجی خلیوں کے درمیان سے بھنچ بھنچا کر، مقام سرایت کی طرف نکل آتے ہیں، اور ایک دردوں برادمی کھفلہ یعنے قائحہ بنا دیتے ہیں، جسکی سقف قرنی طبقہ سے اور قاعدہ زیر افتادہ شبکیہ مالفیجیہ سے بنتا ہے۔ یہ قائحہ عموماً دہنہ کے پہلو میں پیدا ہوتا ہے، لیکن جلد ہی اُس کو گھیر کر اس بال کے گرد جو اُسکی قرنی سقف کو چھیدتا ہے، ایک حلقہ بنا لیتا ہے۔ بال کے باہر نکلنے کے مقام پر قبہ نما سقف نافذین ہوتی ہے۔ اِس قائحہ کی تجفیف سے اور ایک پپڑی کے بنجانے سے اندمال واقع ہوجاتا ہے، اور جب پپڑی کے نیچے ایک نیا قرنی طبقہ بنجاتا ہے تو پپڑی جھڑجاتی ہے۔

اس قسم کا سادہ ترین اور سلیم ترین قائحہ اُس نبقما علبیہ ابیض کی بیداری اور تجدید فعلیت کے باعث بنجاتا ہے، جو شعری دہنی جرابات کے دہنوں پر پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے۔ نام نہاد حصفہ بوخارات (impetigo of Bockhardt)، جسے حاد مسامی جرابی التہاب کے نام سے موسوم کرنا بہتر ہے، محض اُن متعدد جرابی قائحات کا ثوران ہے، جو خفیف اصابتوں میں نبقما علبیہ ابیض کی وجہ سے اور زیادہ شدید اصابتوں میں نبقما علبیہ ذہلبیہ (S. aureus) کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ ثوران عموماً کسی خراش آور شے، مثلاً مردخات، پلستروں اور نیلے مرہم (blue ointment) کو بالخصوص بالدار حصّوں پر لگانے کے بعد واقع ہوجاتا ہے۔ کسی رِستے ہوئے دُنبل یا عفونتی قرحہ کے گرد اکثر حاد حملہ کی تحریک تکمید یا پولٹسوں کے لگانے کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔ اور ایسی صورت میں جلد کی رطوبت، گرمی اور تعطین سے نبقات عنبیہ کو وہ تمثیلی حالات میسّر آجاتے ہیں جو اُنکی فاعلی بالیدگی کے لئے ضروری ہوتے ہیں۔ بچوں میں جلد الراس پر متوالی حاد حملے اکثر ہوجایا کرتے ہیں، جو عموماً نبقما علبیہ ذہبیہ کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ہر تازہ حملے سے پہلے قذالی غدد کی کلانی اور الیمیت واقع ہوجایا کرتی ہے، اور اِس کے بعد مختلف جسامت کے کثیر التعداد قائحات نمودار ہوجاتے ہیں، جو زردی مائل یا سبزی مائل زرد رنگ کے ہوتے ہیں، اور ہر قائحہ ایک بال سے چھدا ہوا ہوتا ہے۔ اِنکی نمو یابی کے ساتھ غُدّی کلانی رفع ہوجاتی ہے۔ بعض قائحات میں سرایت گہری پھیل جاتی ہے اور اُدمہ کے اندر تنخّر کا ایک رقبہ پیدا کردیتی ہے۔ سریریاتی طور پر یہ ایک سبزی مائل ڈاٹ کی موجودگی سے ظاہر ہوتا

ہے جو جراب میں مدفون ہوتا ہے اور جو قرنی طبقہ میں نشتر لگانے کے بعد پونچھنے سے نہیں نکالا جاسکتا (اسطرح جسطرح کہ برافتادہ قائحہ نکالا جاسکتا ہے)۔ اِس ڈاٹ یا غاشہ (sphacelus) کا مقابلہ دُنبل کی کیل (core) سے کیا جاسکتا ہے، اور اُسی کی طرح یہ بھی تنخر کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اِسی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب یہ اضرار مندمل ہوجاتے ہیں تو اُس مقام پر، تنخری تفطیر (acne necrotica) کے نُدبات کی طرح، چھوٹے چھوٹے مدوّر گڑھے دار ندبات باقی رہ جاتے ہیں۔ ایک دوسری پیچیدگی جو سادہ اوپری جرابی قائحہ سے پیدا ہوسکتی ہے، ایک پھوڑے کی نمو یابی ہے، جو اَدمہ میں جراب کے گرد اُس نقطہ پر بنجاتا ہے جو دہنہ اور بصلہ کے درمیان تقریباً بیچوں بیچ میں ہوتا ہے (نام نہاد ریت گھڑی پھوڑا = hour-glass abscess)۔ ممکن ہے کہ اِس نقطہ سے سرایت جانباً پھیلکر ایک بڑی جسامت کا پھوڑا پیدا کردے۔

علاج - اوپری نبقی علبی قائحیت کے علاج میں اِس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ ہمارا مقصد یہ ہے کہ اولاً اضرار کی تجفیف میں مدد پہنچائی جائے، اور دویم یہ کہ ماؤف رقبہ اور اُس کے گرد کی جلد کا ازالۂ سرایت کیا جائے۔ اِس مقصد کے لئے عموماً جو کچھ ضروری ہوتا ہے وہ یہی ہے کہ روزانہ ایک یا دو بار روح شراب میں بنایا ہوا ہلکا محلول آیوڈین پھریری سے لگا دیا جائے (مثلاً یہ نسخہ:۔ ہلکا ٹنچر آیوڈین ایک حصہ tinct. iodi mitis, 1·0 ۔ اسپرٹ وائنی میتھلیٹڈ انڈسٹ ملاکر بقدر ۵ حصہ کردیں (spt. vini meth. indust, ad 5·0)، اور سرایت زدہ رقبہ کو ایسڈ سیلی سلک کمپاؤنڈ، برٹش فارماکوپیا، (pulv. acidi salicylici comp. B.P.C.) کے ذریعہ سفوف یا فتہ رکھا جائے۔ اگر درد یا بے آرامی زیادہ ہو تو اِس سفوف کے بجائے کلامین لوشن (calamine lotion) استعمال کرنا چاہیئے۔ سامی جرابی التہاب کی زیادہ شدید یا متوالی قسم میں، جسکے ہمراہ اکثر دُنبل یا پھوڑے پائے جاتے ہیں، ہر ممکن ذریعہ سے سرایت کے مقابلہ کے لئے مریض کی قوّت مدافعت کو زیادہ کرنا چاہیئے۔ گھر سے باہر تعطیل منانا اور ساتھ ہی تمیز کے ساتھ غسل آفتابی (sun-bathing) لینا بہترین علاج ہے۔ اگر اس کی سربراہی نہو سکے تو کلّی ماورائے بنفشئ روشنی کے غسلوں (total ultra-violet light baths) کا حکم دینا چاہیئے۔ دُمیلیت (furunculosis)

کی طرح، دافع عفونت غسلوں کے ذریعہ پوری جلد کا ازالۂ عفونت کرنے کی کوشش کرنا ضروری ہے۔

سرخ دخنیہ

(miliaria rubra)

(lichen tropicus = مداری حزازنما :prickly heat = اگرمی دانے

یہ ثوران نہایت عام طور پر اُن یورپین اشخاص میں دیکھا جاتا ہے جو مداریتی ممالک میں رہتے ہیں، لیکن حبشی اس میں کبھی مبتلا نہیں ہوتے۔ معتدل آب وہواؤں میں یہ اُن لوگوں میں ہوتا ہے جنھیں پسینہ بکثرت آتا ہے اور جو سیلان الدہن کی شکایت رکھتے ہیں۔ یہ کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے سرخ دھبے ہوتے ہیں، جن میں چھوٹے چھوٹے مرکزی آبلے ہوتے ہیں جنھیں ایک گدلا سیال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ دھبے بمشکل اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں اور عموماً جرابی نہیں ہوتے۔ دھڑ اور جوارح کے قربی فلقات منتخب مقامات ہوتے ہیں۔ یہاں نسیجیاتی طور پر امتلا موجود ہوتا ہے اور ساتھ ہی شبکہ کے اندر چھوٹے چھوٹے آبلے ہوتے ہیں، جو یا تو حصفہ کی طرح تشقق سے، یا ایکزما کی طرح اسفنجیت سے بنجاتے ہیں۔ اِن آبلوں میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں، اور یہ گو ہمیشہ نہیں، مگر اکثر ایک عرقی قنات (sweat-duct) کے گرد نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ، جیساکہ پالٹزر (Pollitzer) نے بیان کیا ہے، اِن قناتوں کے اتساع کی وجہ سے نہیں پیدا ہوتے۔

بحثِ اسباب۔ یہ ثوران عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور بکثرت پسینہ آنے کے بعد یکایک نمودار ہوجاتا ہے، اور اِرتفاع تپش، حار الکحلی مشروبات کے استعمال، گرم غسل، یا سخت ورزش سے اِس کی تحریک ہوتی ہے۔ آبلوں کے اندر نبقاتِ عنبیہ فاعلی یا لیدگی کی حالت میں موجود ہوتے ہیں، اور ڈاریئر (Darier) کی یہ رائے غالباً صحیح ہے کہ یہ ثوران اِنہی عضویوں کے ذریعہ جلد کی اِس ذاتی تطعیم کی وجہ سے ہوتا ہے، جو پسینہ کے ساتھ بر جلد کی تعطین سے واقع ہوجاتی ہے۔ جیساکہ وہ بتلاتا ہے، وہاں اکثر کوئی فاعلی سرایت رساں ماسکہ موجود ہوتا ہے،

مثلاً کوئی دُمّل، حصفہ، سیلان الدہنی التہابِ جلد، تفطیری قائحات، وغیرہ۔ ماسبق استعداد پیدا کرنے والے عاملات کے زمرہ میں ذیل کی حالتوں کا نام لیا جاسکتا ہے:۔ سیلان الدہنی حالت، کثرت ملبوسات (اور بالخصوص فلالین کے کپڑوں کا جلد سے لگا ہوا ہونا)، بسیار خوری اور سوءِ ہضم، اور الکحلی مشروبات کا بیجا استعمال۔ ارین 844
میں رہنے والا موٹا، کثیر الدم، کاک ٹیل (cock-tail) پینے والا یوروپین اِس مرض کا عام ترین شکار ہوتا ہے۔

علاج ۔ ایک تیز مسہل، چوبیس گھنٹے کا فاقہ، آش جو اور تازہ عرق لیمو کے وافر مشروبات، اور بڑی مقداروں میں قلویات کے استعمال سے جلد ہی حملہ مرض دب جائیگا۔ مقامی طور پر نیم گرم غسل جسکے ساتھ زنک سلفیٹ (zinc sulphate) ($\frac{1}{4}$ پونڈ) شامل ہوا ور جسکے بعد بوروٹالک کا سفوف (boro-talc powder) لگا دیا جائے، کافی ہوگا۔ توالی کو روکنے کے لئے غذا میں معقولیت سے کام لینا چاہیئے الکحل سے پرہیز کرنا چاہیئے، ہلکا مسامدار لباس پہننا چاہیئے، قلوی مشروبات استعمال کرنا چاہیئے، باقاعدگی کے ساتھ غسل کرنا چاہیئے، اور چھڑکنے کے لئے بورک کا سفوف عادتاً استعمال کرنا چاہیئے۔

دُنبل

(boils)

(دُمّل، دُمیلیت = frunculosis ،fruncles)

دنبل ایک جسیم جرابی التہاب (massive folliculitis) ہے، جو تقریباً ہمیشہ نبقہا عنبیہ ذہبیہ (شاذ اصابتوں میں نبقہا علبیہ ترنجیہا) کی وجہ سے ہوتا ہے، اور جسکی ممتاز خصوصیتیں التہابی تعامل اور تنخّر ہیں۔ وہ ایک دردناک، سُرخ، اور کسیقدر اُبھرے ہوئے دھبّہ سے شروع ہوتا ہے، جو بتدریج بڑا ہو جاتا ہے سخت اور چھونے سے الیم ہوتا ہے، اور جسکے ساتھ گرد و پیش کی جلد کا تصلب اور بعض اوقات بہت اُذیما ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ قاتم سرخ ہو جاتا ہے، اور چند روز کے بعد اُس کا راس نرم ہو کر تھوڑی پیپ نکل آتی ہے، اور ازاں بعد تنخّری بافت

کا ایک سبزی مائل زرد نمثیثہ یعنے کیل باہر نکل آتی ہے ۔ جب یہ جدا ہوجاتی ہے تو التہاب رفع ہوجاتا ہے، اور انگور بنکر زخم بتدریج مندمل ہوجاتا ہے، اور ایک چھوٹا ندبہ باقی رہ جاتا ہے ۔

دُنبل جِلد کے کسی بھی حصے پر جہاں شعری جرابات موجود ہوں واقع ہوسکتے ہیں مگر اُن کے انتخابی مقامات گردن کی پشت، سُرین، پشت، رانیں اور پیش بازو ہیں ۔ بالائی لب پر کے یا اُس کے قریب کے دُنبل خاص اہمیت رکھتے ہیں، جسکی وجہ یہ ہے کہ وہاں کی سرایت کھفکی جوف تک پھیل کر عفونتی علقیت (septic thrombosis) پیدا کرسکتی ہے جسکا آخری نتیجہ تقیح الدم (pyæmia) اور موت ہوسکتا ہے ۔ بیرونی منفذِ گوش کے دنبل شدید اور اشعاعی درد پیدا کردیتے ہیں ۔ اس مقام پر وہ اکثر منفذ گوش کے مزمن سیلان الدہنی التہاب جِلد (ch. seborrhœic dermatitis) میں بطور پیچیدگی کے پیدا ہوجاتے ہیں ۔

مرضی تشریح ۔ دُنبل ایک ایسے طریقہ سے پیدا ہوتا ہے جسکا مقابلہ مسامی جرابی التہاب کی زیادہ شدید تنخّری شکل سے کیا جاسکتا ہے ۔ نبقاتِ عنبیہ جو پہلے دہانۂ جراب پر بڑھکر ایک سطحی اور عارضی قائحہ پیدا کرتے ہیں، بال کے طول میں طویل زنجیروں کی شکل میں پھیل کر عمیق تر حصے میں ایک دوسرا مرکز فعلیت بنا دیتے ہیں ۔ یہاں وہ ایک عظیم الشان نوآبادی قائم کردیتے ہیں، جسکے آس پاس جرابی بافت کا اور اَدمہ کے گردو پیش کے حصّے کا تنخّر واقع ہوجاتا ہے ۔ اِس تنخّری تودہ (یعنے کیل) کا مرکز نبقات عنبیہ کی نوآبادی سے بنتا ہے، جو جراب کے باقیات میں مشمول ہوتی ہے اور اِس کے گرد فائبرین کا ایک تودہ ہوتا ہے جسمیں کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کے تودے، اور ساتھ ہی اَدمہ کی شکستہ اتصالی بافت اور لچکدار بافت پھنسی ہوئی ہوتی ہے ۔ خرد عضویتی نوآبادی کے قریب ترین سپید خلیے ٹوٹے ہوئے ہوتے ہیں، مگر نسبتہً دور کے سپید خلیوں کے خاکے اور نوات اب بھی صحیح و سالم رہتے ہیں ۔ دُنبل کے بننے کا طریقہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ وہ ہمیشہ کسی جراب کی بیرونی سرایت واقع ہونے سے پیدا ہوجاتا ہے، اور یہ کہ یہ سرایت دروں جرابی رہتی ہے مگر دور کی بافت کا تنخّر پیدا کردیتی ہے ۔

بحثِ اسباب - نبقہ عنبیہ ذہبیہ صاف و پاک جلد کا طبعی باشندہ نہیں سمجھا جا سکتا، لیکن اُسکے تلوث کا انکشاف نہایت کثیر الوقوع ہونا چاہیئے۔ اگرچہ اِس عضویہ کی وجہ سے پیدا ہونیوالے فاعلی اضرار اُسقدر متعدی نہیں ہوتے جسقدر کہ نبقی سبحی حصفہ کے اضرار ہوتے ہیں، تاہم یہ اضرار بلاواسطہ یا بالواسطہ تماس کے ذریعہ دوسروں کو سرایت پہنچنے کا یقیناً ایک اہم ذریعہ ہوتے ہیں)۔ اس مرض کے مریضوں کیساتھ رہنے کیوجہ سے ممرضات اور طبیبوں کو اکثر اوقات دُبیلیت کی شکایت لاحق ہوجاتی ہے۔ حجام کی دوکان میں بھی اکثر دُنبل، مسامی جرابی التہاب اور انجیریہ (sycosis) لاحق ہوجاتے ہیں۔ جب ایکبار جلد ملوث ہوجاتی ہے تو اُن جرابات کی خما سے جنمیں نبقاتِ عنبیہ مخفی اور گھات میں لگے رہتے ہیں، اُنکی فاعلی بالیدگی کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے۔ اسیواسطے رگڑ کے عام مقامات پر، مثلاً گردن کی پشت اور سُرینوں میں، دنبل عام ہوا کرتے ہیں، اور اسی وجہ سے وہ سواروں اور کشتی کھینے والے اشخاص میں آخر الذکر مقامات پر، اور بعض پیشہ وروں میں بازوؤں اور ہاتھوں کی پشت پر کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ اِسمیں شک نہیں کہ سیلان الدہنی جلد نبقہ عنبیہ ذہبیہ کی، نیز نبقہ عنبیہ ابیض، تنخیلی بذوریہ (pityrosporon)، اور عصیّہ تفطیر کی بالیدگی میں ممد ہوتی ہے بیش شکر دمویت (hyperglycæmia) بھی ایک مشہور مُعِدّہ عامل ہے 845
لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ خود دُنبل اور راج پھوڑے (carbuncles) بھی، دوسری سرایتوں کیطرح، دموی شکر میں زیادتی پیدا کر سکتے ہیں، جو فاعلی سرایت کے رفع ہونیکے بعد طبعی درجہ تک کم ہوجاتی ہے بعض اصابتوں میں گھر کے اندر کی غیر صحی زندگی، حد سے زائد کام، عدمِ دمویت، وافر یا ناکافی غذا، اور کسی دوسرے مقام کی مزمن سرایتیں بھی کارگر عاملات ہوتے ہیں مقامی حکہ مثلاً حکتہ المبرز بعض اوقات ممد سبب ہوتی ہے جسکے لئے ہمیشہ استفسار کرنا چاہیئے۔ اِن اصابتوں میں دُنبل خاص طور پر خراش پذیر رقبہ کے قرب وجوار میں واقع ہوتے ہیں، یعنی حکتہ المبرز کی صورت میں سُرینوں پر اور عجان میں، کیونکہ ان حصوں کو ہر وقت اور بار بار کھجانے سے جلد کی خراشیدگیاں پیدا ہوکر نبقہ عنبیہ منتشر ہوجاتا ہے۔

علاج - کسی دُنبل کی موجودگی کے یہ معنے ہیں کہ شعری دہنی جرابات کے دہنوں میں نبقۂ عنبیہ کے وسیع انتشار کا غالب امکان ہے، لہٰذا علاج میں پہلی ضروری چیز یہ ہے کہ دُنبل کے گرد ایک بڑے رقبہ پر روزانہ ہلکا ٹنچر آف آیوڈین لگا کر وہاں کی جلد کا ازالہ سرایت اُسیطرح کرنا چاہیئے، جسطرح کہ مسامی جرابی التہاب کی حالت میں کرنے کی سفارش کی گئی ہے، اور روزانہ غسل میں کوئی دافع عفونت دوا شامل

کرکے ساری جلد کے زیادہ عمومی ازالۂ سرایت کی کوشش کرنی چاہئیے، مثلاً زنک سلفیٹ ۲ اونس، یا ایسی تجہیزات ملاکر جیسی کہ لائسال (lysol)، سائلین (cyllin)، مان سال (monsol) وغیرہ۔ سطحی ازالۂ سرایت کا یہ سادہ طریقہ دُمیلیت کی بہت سی مزمن اصابتوں میں زیادہ کارگر ثابت ہوتا ہے، جبکہ زیادہ شاندار علاج جو جُدرینات، کالوسال مینگنیس (collosol manganese) وغیرہ کے ذریعہ کیا جائے بیکار رہتا ہے۔ بعض اوقات وان گریفی چاقو (von Graefe knife) کے ذریعہ ایک ابتدائی دُنبل میں چھوٹا سا شگاف دینے اور اسمیں سے اُسکے مرکز کے اندر خالص کاربولک ایسڈ، یا مانسال، یا لائسال میں ڈبوئی ہوئی ایک تیز دیا سلائی داخل کردینے سے ایسے دُنبل کے نمو کو روکا جاسکتا ہے۔ جب التہاب کا فاعلی درجہ رفع ہوجائے تو اُسکی کیل کو سالم نکالدینے کے لئے انتہائی احتیاط عمل میں لانی چاہئیے۔ کیونکہ اگر اُسکو گردوپیش کی جلد پر توڑ دیا جائیگا تو اُن زندہ نبقاتِ علنیہ کو جو اُسکے مرکز میں موجود ہیں پھیلا دینے کا خطرہ ہوتا ہے۔ پہلے بیان کی ہوئی وجوہات کے سبب سے کسی دنبل کا علاج کسی بھی حالت میں پولٹسوں یا بورک کی تکمیدات کے ذریعہ ہرگز نہیں کرنا چاہئیے۔ اگر ابتدائی درجوں میں درد شدید ہو تو پرکلورائڈ آف مرکیوری کے $\frac{1}{4000}$ طاقت کے محلول کے ساتھ گرم تکمیدات کی تھوڑے عرصہ تک اجازت ہے، مگر پہلے ہی جلد پر آیوڈین کا ضماد کردیا گیا ہے تو انھیں نہیں استعمال کرنا چاہئیے۔ ایک نمو پذیر دُنبل پر خالص اکتھیال کی ایک تہ لگاکر اُسے نرم روئی سے ڈھانک دینا پسندیدہ ترہے، یا مگنیسیم کی لئی (magnesium paste) (magn. sulph. exsicc. 2·0, glycerine 1·0) کے ساتھ اِس کا تکسیہ کردینا چاہئیے۔ ہلکے آیوڈین اور اکتھیال کے مقامی استعمال، اور روزانہ دافع عفونت غسل کے علاوہ، دُنبل کے گردوپیش کی جلد پر اور مفصلی تعریجات میں پلوایسڈائی سیلی سلک کمپاونڈ، برٹش فارماکوپیا (pulv. acidi salicylic comp., B.P.C.) کو چھڑکنا چاہئیے۔

عمومی علاج۔ اگرچہ جلد کا مقامی اور عمومی ازالۂ سرایت اوّلیں اہمیت رکھتا ہے اور اکثر صرف یہی تنہا کافی ہوتا ہے، تاہم بہت سی اصابتوں میں داخلی علاج

کے دواعی بھی موجود ہو سکتے ہیں ۔ دانتوں، لوزتین، انفی جوفوں میں یا دوسری جگہ ما سکی سرایت کے لئے نہایت محتاط معائنہ کرنا چاہیئے، کیونکہ بعض اوقات یہ نبقہ عنبیہ کے لئے قوت مدافعت کو کم کرنے کا موجب ہوتی ہے ۔ بیش شکر دمویت کا تدارک بلاشبہ مناسب غذاؤں کی خوراک، اور اگر ضرورت ہو تو انسولین (insulin) کے اشرابات کے ذریعہ کرنا چاہیئے۔ کثیر الدم سیلان الدہنی اشخاص میں کاربوہائڈریٹ غذائیں کمی کے ساتھ اور قلویات کی پوری معتادیں دینی چاہئیں ۔ اس کے برعکس کمزور، عدیم الدم اشخاص میں جن میں فاسفیٹ بولیت عام ہوتی ہے، لوہا (iron) دینا چاہیئے، اور ایسڈ سوڈا فاسفاس (acid soda phosph.) کے ذریعہ ترشہ سمیت پیدا کرنی چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 538)۔

عسیر العلاج اصابتوں میں کھلی ہوا میں کامل تعطیل منانے پر اصرار کرنا چاہیئے، اور اسکے ساتھ اصلی یا مصنوعی آفتابی غسل شریک کرنا چاہیئے ۔ مناسب اور بڑھتی ہوئی مقداروں میں استعمال کیا جائے تو علاج شمسی نبقی عنبی سرایت کی مدافعت کی قوت کو زیادہ کرنے کا ایک بہترین ذریعہ ہے ۔ ڈمیلیت میں مذکورہ یا خود زاد نبقی عنبی جدرین کے اشرابات بلاشبہ منفعت بخش ہیں، بشرطیکہ اُسکی مقدار خوراک کی احتیاط کے ساتھ روک تھام کی جائے، لیکن ایسی اصابتیں بھی ملتی ہیں جنہیں یہ بیکار یا در اصل مضر ثابت ہوتے ہیں ۔ کالوسال مینگنیس (collosol manganese) یا مینگنیس بیوٹائریٹ (manganese butyrate) کے اشرابات، اور ٹن (stannoxyl) کا براہِ دہن استعمال، اپنے اثر میں نسبتاً کم یقینی ہوتے ہیں ۔ تازہ لہن بوزہ کشان (fresh brewer's yeast) ایک تا دو اونس روزانہ آزمایا جاسکتا ہے اور نفع بخش ہوتا ہے ۔ بالآخر ذاتی سالم خون (autogenous whole blood) کے اشرابات کے متعلق دعوےٰ کیا گیا ہے کہ یہ دشوار علاج اصابتوں میں تقریباً نوعی ہوتے ہیں ۔ المختصر ڈمیلیت کے کامیاب علاج کا انحصار اولاً جلد کے مقامی اور عمومی ازالۂ سرایت پر ہوتا ہے، اور ثانیاً اُن عاملات کی اصلاح پر جو مریض کی عام صحت کو پست کر رہے ہیں، اور اِس کے ساتھ اگر ضروری ہو تو نوعی جدرین رسانی اور علاج شمسی شامل کرنا چاہیئے ۔ 846

راج پھوڑا

(carbuncle)

یہ ایک مماثل سرایت ہے جو نبقات عنبیہ سے ہوجاتی ہے، اور جلد اور تحت الجلد بافت کا وسیع التہاب، تصلب اور تنخر پیدا کردیتی ہے۔ راج پھوڑا دنبل سے اپنی وسعت میں اختلاف رکھتا ہے، اور اس حقیقت میں کہ اسمیں تقیح کے متعدد ماسکے ہوتے ہیں جنکی وجہ سے بجائے ایک کے کئی فتحوں میں سے اخراج خارج ہوتا ہے۔ اسکے مریض عموماً ادھیڑ یا زیادہ عمر کے ہوتے ہیں، اور انمیں ذیابیطس شکری ایک عام ماسبق مرض ہوتا ہے۔ ضرر کا عام محلِ وقوع گردن کی گُدّی ہے، لیکن یہ اکثر پشت پر بھی ہوتا ہے۔ یہ ایک چپٹے، متصلّب، سُرخ یا ارغوانی مائل سرخ رنگ کے رقبہ کے طور پر شروع ہوتا ہے۔ یہ پھیلکر جلد کے لیول سے اوپر اُبھر آتا ہے، لینت کے دھبے پیدا ہوجاتے ہیں، اور پیپ کا اخراج ہوتا ہے۔ اس سخت تودہ میں ایک غشیۂ بنجاتا ہے، جس کے باہر نکل آنے سے ایک گہرا قرحہ باقی رہ جاتا ہے۔ یہ بالآخر انگور بنکر مندمل ہوجاتا ہے، اور ایک داغ باقی رہجاتا ہے۔ راج پھوڑے کا قطر ایک انچ سے لیکر تین انچ تک ہوسکتا ہے، اور کبھی کبھی اسکی نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے۔ مریض کو بنیئی اختلال اور تپ ہوتی ہے۔ عفونتی سرایت واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ خستگی سے موت واقع ہوجائے۔

علاج۔ دملیت اور راج پھوڑے دونوں کے ابتدائی درجہ میں اے اولان (Aolan) (جو کہ لیکٹا لبیومن کی ایک محفوظ الحقوق تجہیز ہے) کے درون عضلی اشرابات جن سے کثرت خلیات ابیض پیدا ہوتی ہے، اضرار کی شدت کو گھٹا دینگے اور انکے ارتقاء کا اسراع کرینگے مخطور راج پھوڑے میں، ۵ تا ۱۰ سی سی یا زیادہ کا اشراب روزانہ یا ہر تیسرے روز سرین کے بالائی اور بیرونی ربع کے عضلات میں کردینا چاہیئے، اور تین سے لیکر پانچ اشرابات دینے چاہئیں۔ راج پھوڑے کی شدید اصابتوں میں، خاص طور پر کمزور اشخاص میں، کمل استیصال قرین مصلحت ہے، اور اگر یہ نہ کیا جاسکے تو ان تدابیر کا جنکی سفارش دنبلوں کے لئے کیگئی ہے استعمال کرنا چاہئے۔

نومولودی داء الفقاع

(pemphigus neonatorum)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۸۵، ج صفحہ 833)

یہ مرض، جسے ابتداءً فرانس میں اوشینی (Ochene) نے بیان کیا، مقابلتہً ایک شاذ متعدی سرایت ہے جو نوزائیدہ بچوں میں ہو جاتی ہے، اور بہت ماہرین اسے محض ایک آبلہ دار حصفہ (bullous impetigo) سمجھتے ہیں جو شیر خواروں میں ہو جاتا ہے۔ سبوراڈ (Sabouraud) اب بھی اسی رائے کی طرف مائل ہے، اور خیال کرتا ہے کہ یہ معمولی حصفہ کی طرح دراصل نبقی سبحی مبداء کا مرض ہے۔ آبلہ دار نبقی سبحی حصفہ کا وقوع زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں کی طرح شیر خواروں میں یقیناً ہو سکتا ہے لیکن بہت سے ماہرین کے آزاد مشاہدوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ حقیقی نومولودی داء الفقاع آبلہ دار حصفہ کی اُس شاذ قسم کی طرح جسے جڈاسوہن (Jadassohn) نے بیان کیا ہے، بہر صورت عموماً، نبقہ عنبیہ ذہبیہ سے سرایت ہونے کے باعث ہوتا ہے۔

یہ ثوران، جو عموماً پیدائش کے بعد چوتھے دن سے لیکر چودھویں دن تک نمودار ہوتا ہے، نیم کروی آبلوں پر مشتمل ہوتا ہے، جنہیں ابتداءً صاف مصلی سیّال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ آبلہ، جو معمولی حصفہ کے آبلہ کی طرح طبقۂ قرنی اور شبکہ کے درمیان بنتا ہے، جلد ہی پھوٹ کر ایک سرخ، تر، چمکدار سطح ظاہر کرتا ہے جس سے مصل رِسنا جاری رہتا ہے یہانتک کہ وہ خشک ہو کر ایک زردی مائل پتلی پپڑی بنا دیتا ہے۔ پھوٹے ہوئے آبلوں کے حاشیوں پر سرایت کی توسیع واقع ہوتی ہے قرنی طبقہ اُتر جاتا ہے، اور اِسطرح معرّا رقبہ اور بڑھ جاتا ہے متصلہ اضرار کا التقا بھی واقع ہوتا ہے، اور اِسطرح سے جلد کے بڑے بڑے خطّے اپنے قرنی طبقہ سے محروم ہو جاتے ہیں۔ موافق اصابتوں میں نئے آبلوں کی توسیع اور تکوین بتدریج موقوف ہو کر پپڑیاں خشک ہو کر علیٰحدہ ہو جاتی ہیں، اور جیسا کہ حصفۂ متعدی میں ہوتا ہے قرنی طبقہ کی تجدید اِنداب کے بغیر ہونے لگتی ہے۔ لیکن زیادہ شاذ صورتوں میں سرایت کا پھیلنا جاری رہتا ہے، ملتحمہ، دہن اور ناک کی مخاطی جھلیوں پر حملہ ہو جاتا ہے،

ناقطبتی تقرح اور پھوڑے پیچیدگیوں کے طور پر واقع ہوسکتے ہیں، اور شیرخوار بچہ عمومی
847 عفونتہ الدم اور ہبوط کے علامات کے ساتھ ہلاک ہوجاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ مہلک
نتیجہ اکثر نامکمل طور پر مندمل شدہ سُرّی ندبہ کی ماؤفیت کے بعد ہوتا ہے، جبکہ سرایت تازہ
منجمد عروق کی راہ سے پھیلکر ایک تعفن الدم پیدا کردیتی ہے۔

توزیع ۔ یہ ثوران تقریباً ہر مقام پر شروع ہوسکتا ہے، اور شاید سب سے زیادہ عام طور پر گردن، ٹھڈی، ہاتھ یا پاؤں کی انگلیوں پر شروع ہوتا ہے۔ یہ دھڑ پر اور جوارح کی خم کناں سطحات پر وسیع طور پر پھیل سکتا ہے، لیکن آبلہ دار پیدائشی ناریہ (bullous congenital syphilide) کے برعکس، یہ ہتھیلیوں اور تلووں کو چھوڑ دیتا ہے۔ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ وہ حالت جس کے لئے رِیٹر وان ریٹرشین (Ritter von Rittershein) نے رضیعی تسلخی التہاب جلد (dermatitis exfoliativa infantum) کا نام تجویز کیا اور جسکو بعضاوقات "مرض رِیٹر" ("Ritter disease") کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، نومولودی داءالفقاع کی محض ایک شدید شکل تھی، جسمیں وسیع پھیلا ہوا تسلخ واقع ہوا تھا۔ رِیٹر نے اُن وباؤں کا ذکر کیا ہے جو ۱۸۶۸ء اور ۱۸۸۰ء کے درمیان پریگ (Prague) میں لاوارث بچوں کے ایک شفاخانہ (foundling hospital) میں واقع ہوئیں اور جنمیں ۲۷۴ مریضوں میں سے تقریباً پچاس فیصدی ہلاک ہوگئے۔

انذار ۔ اُن مختلف وباؤں میں جنکا حال مرقوم ہے ہلاکت کی تعداد بہت مختلف رہی ہے۔ حال ہی کے سالوں میں ہلاکت کی تعداد خفیف رہی ہے، جسکا سبب بلاشبہ یہ ہے کہ سرایت زدہ اصابتوں کو ابتدا ہی میں علٰحدہ کردیا گیا اور سُرّی ندبہ کے علاج میں زیادہ احتیاط سے کام لیا گیا۔

بحث اسباب ۔ اِس ثوران میں حبابی قسم کے حاد تقیحی حصفہ کے تمام خصائص موجود ہوتے ہیں، لیکن متعدد محتاط آزادانہ مشاہدات نبقۂ عنبیہ ذہبیہ کو سببِ مرض قرار دینے کی طرف مائل ہیں (11)۔ نبقۂ عنبیہ ذہبیہ صاف تندرست جلد کا طبعی باشندہ نہیں ہے، لیکن جب ایک بار اِس عضویہ کی فاعلی سرایت واقع ہوجاتی ہے تو اِسکی کاشت جلد کے اُن حصوں تک سے

حاصل کی جا سکتی ہے جو فاعلی اضرار سے وسیع فاصلہ پر ہوتے ہیں، اور ایسی حالت میں مریض "ریمی نبقہ کا حامل" ("pyococcus carrier") ہوتا ہے - مزید برآں وہ اشخاص جو ایسے حامل کے قریبی تماس میں رہے ہوں، خود اپنی جلد میں اِس عضویہ کو پناہ گزیں رکھ سکتے ہیں، بلا اِسکے کہ اُنمیں فاعلی اضرار لازمی طور پر نمویاب ہوں - غالباً نومولودی داء الفقاع کی بیشتر اصابتوں میں ثوران کا سبب یہ ہوتا ہے کہ کسی "ریمی نبقہ کے حامل" کے ساتھ شیر خوار بچہ کا راست تماس واقع ہو جاتا ہے - ایک اہم نکتہ یہ ہے کہ اگرچہ نومولودی داء الفقاع کی اصابتوں سے حاصل کیا ہوا نبقہ عنبیہ ذہبیہ اپنے کاشتی تعاملات میں اُس معمولی قسم کے عضویہ سے مختلف نہیں ہوتا جو دنبلوں اور راج پھوڑوں سے حاصل ہوتا ہے، تاہم اُسمیں یہ خاصہ ہوتا ہے کہ وہ نہ صرف شیر خواروں میں بلکہ اُن بالغوں میں بھی جو کسی شیر خوار بچہ سے سرایت زدہ ہو گئے ہوں، آبلہ دار اضرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے - اِسطرح ہم یہ نتیجہ نکالنے پر مجبور ہیں کہ اگرچہ نبقی عنبی اضرار ایسی اصابتوں کی بڑی اکثریت میں ابتدا ہی سے جرابی اور فاکہی ہوتے ہیں، تاہم نبقہ عنبیہ ذہبیہ (شاید اِسکی ایک مخصوص نسل) نبقہ سبحیہ ریم زا طویلہ کی طرح حبابی اور آبلہ دار اضرار پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتا ہے - اِسطرح وہ حصفہ کی اُس حبابی قسم کا جسے جڈاسوہن نے بیان کیا ہے، اور نومولودی داء الفقاع کا سبب ہوتا ہے -

علاج - بچہ کو فوراً علیحدہ رکھنا چاہیئے، اور اِس امر کی نہایت احتیاط عمل میں لانی چاہیئے کہ راست یا بالواسطہ تماس کے ذریعہ سرایت نہ پھیلنے پائے - تاوقتیکہ بچہ کی عام حالت مانع نہ ہو، بورک یا زنک سلفیٹ (دس ہزار میں ایک حصہ طاقت) کا روزانہ غسل دینا چاہیئے، اور ازاں بعد جلد کو آہستہ سے چھو کر خشک کر لینا چاہیئے اور پھر بورک ٹیلک (boric-talc) کا سفوف خوب چھڑک دینا چاہیئے - جب اضرار خشک ہو جائیں تو ایک ہلکا سیمابی مرہم یا الئی استعمال کرنا چاہیئے - ناف کے خطے کو نہایت صاف رکھنا چاہیئے اور اُسپر سیمابی مرہم لگا دینا چاہیئے - بستر کے کپڑوں اور لباس کو تعقیم کرنا چاہیئے - شدید اصابتوں میں جنمیں وسیع تسلخ ہو، بچہ کو حتی الامکان کم کھلا رکھنا چاہیئے اور خوب گرم رکھنا چاہیئے - شفایابی غالباً مناعت کی نمویابی پر ہے اور یہ امر مشکوک ہے کہ علاج سے انذار پر

کچھ اثر پڑتا ہے۔

شیر خواروں کے خراجاتِ متعدّدہ

(multiple abscesses of infants)

یہ حالت، جو عام نہیں ہوتی، عموماً اُن ضامر بچوں میں دیکھی جاتی ہے جنہیں نامناسب غذا دیجاتی ہے، یا جو التہاب الامعاء، شعبی ریوی التہاب وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ یہ رضیعی احمرارِ جیکیٹ (infantile erythema of Jacquet) کے ساتھ ہونے کا اِمکان رکھتی ہے۔ یہ پھوڑے جِلد کی سخت اور گہری گرہوں کے طور پر شروع ہوتے ہیں، بالخصوص اُن مقامات میں جنہیں آلودگی واقع ہونے کا اِمکان ہوتا ہے (مثلاً سرین اور رانیں) اور جن پر رگڑ یا دباؤ پڑتا ہے۔ ابتدائی اضرار مرئی ہونے سے پہلے محسوس کیئے جا سکتے ہیں اور گرہوں کا رنگ اُسوقت تک غیر متغیر رہتا ہے جبتک کہ پھوڑے سطح کے قریب نہ آجائیں، اور پھر اُنپر کی جِلد سرخ یا نیلگوں ہوجاتی ہے، اور اگر اُسمیں پہلے سے شگاف نہ دیدیا گیا ہو تو وہ شق ہوجاتی ہے اور مایع پیپ خارج ہوجاتی ہے 848 جن شیر خواروں کے متعلق غفلت کی گئی ہو اُنمیں قروح یا ناسور پیدا ہوسکتے ہیں، اور ثانوی غدّی التہاب (secondary adenitis) اور ازاں بعد لینت ایک پیچیدگی ہوسکتی ہے۔

یہ گرہیں جسامت میں ایک مٹر کے دانے سے لیکر مرغی کے انڈے کے برابر تک ہوتی ہیں، اور اِنمیں جو پیپ موجود ہوتی ہے اُسکی مقدار اکثر حیرتناک ہوتی ہے۔ تشخیص آسان ہے، اگرچہ بعض اوقات اِن گرہوں کو غلطی سے صمغیہ سمجھ لیا گیا ہے، (جو شیر خواروں میں شاذ ہوتے ہیں)، اور کبھی اِن پر بارد درنی خراجوں (cold tuberculous abscesses) کا غلط گمان ہوا ہے۔

بحث اسباب۔ اِن پھوڑوں کو پہلے تقیح الدمی نوعیت کا سمجھا جاتا تھا، لیکن اب ظاہر ہوا ہے کہ یہ ایک نبقہ عنبیہ (یعنے نبقہا عنبیہ ذھبیہ یا نبقہا عنبیہ ابیض) کی سرایت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو عرقی قناتوں کی راہ سے واقع ہوتی ہے۔ اِسطرح اِن اضرار کی گہرائی کی توجیہ واضح ہوجاتی ہے۔

اِنکے ساتھ چھوٹے چھوٹے اوپری دروں برادمی قائحات بھی موجود ہوسکتے ہیں، جو عرقی قناتوں کے دہنوں پر بنتے ہیں۔

علاج۔ علاج کا سب سے زیادہ اہم جزیہ ہے کہ بنیادی کمزور حالت کا تدارک کرکے بچہ کی قوتِ مدافعت کو زیادہ کرنے کی کوشش کی جائے۔ مقامی طور پر ضروری تدبیریں محض یہی ہیں کہ صفائی نہایت احتیاط کے ساتھ رکھی جائے، پھوڑوں میں ایک چھوٹے چاقو سے شگاف دیدیا جائے، بورک کے غسل دئے جائیں، اور بورک ٹیلک سفوف بکثرت استعمال کیا جائے۔ اگر ممکن ہو تو بچہ کو گھر سے باہر بستر میں رکھنا چاہئے۔

نبقہ زاد انجیریہ

(sycosis coccogenica)

انجیریہ کی اصطلاح سے بالدارحصوں کا قائحی جرابی التہاب مُراد ہے۔ اِسکی دو قسمیں شناخت کی گئی ہیں :۔ ایک سادہ انجیریہ (simple sycosis) یا نبقہ زاد انجیریہ (sycosis coccogenica) جو نبقہ عنبیہ سے جرابات کی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اور دوسرا سعفہ انجیریہ (tinea sycosis) جو اولاً ایک قوبائی فطر (ringworm fungus) کی سرایت سے ہوتا ہے، لیکن ازاں بعد ریم زا عضویات کی سرایت سے پیچیدہ ہوجاتا ہے۔ نبقہ زاد انجیریہ میں عام ترین مقاماتِ سرایت مردوں میں ڈاڑھی اور مونچھوں کے خطّے ہوتے ہیں، لیکن اِس طرح کا جرابی التہاب دوسرے بالدارحصوں میں بھی واقع ہوجاتا ہے، مثلاً بھوؤں، بغلوں، عانہ، اور جلد اراس میں۔ یہ اضرار جرابی قائحات اور بثور ہوتے ہیں جو بالوں سے چھدے ہوتے ہیں۔ یہ غیر ملتقی ہوسکتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر التقائی، اور بیقاعدہ چکتیوں کی صورت میں ہوتے ہیں یا شدید اصابتوں میں ڈاڑھی اور مونچھوں کے سارے خطّوں کو ماؤف کردیتے ہیں۔ جرابوں کے درمیان کی جلد عموماً منتشر نبقی عنبی التہاب جلد ﴿ نامِ نہاد دُہیلانُ الدہنی انجیریہ: "seborrhœic sycosis") سے ماؤف ہوتی ہے۔ التہاب مختلف درجہ کا ہوتا ہے۔ یہ بعض اصابتوں میں شدید ہوتا ہے، جسکی وجہ سے ماؤف حصّے سرخ اور متورّم ہوجاتے ہیں اور زردی مائل رنگ کی پپڑیوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں جو خشک شدہ

مصلی ریمی ارتشاح سے بنجاتی ہیں ۔ دوسری اصابتوں میں ورم نہیں ہوتا بلکہ جدالگانہ قائحات اور بثور فرداً فرداً یا التقائی چکتیوں میں مرتب ہوتے ہیں، یا ایک منتشر چھلکے دار التہاب جلد ہوتا ہے جو زرد جرابی قائحات سے منقط ہوتا ہے ۔

توقع کے خلاف، انجیریہ میں سرایت اوپری، دروں برادمی، اور جرابات کے بالائی ایک ثلث یا ربع میں محدود المقام ہوتی ہے ۔ وہ صرف نہایت شاذ اصابتوں میں جراب کے عمیق تر حصوں میں پھیلتی اور بال کو تلف کر دیتی ہے ۔ یہی سبب ہوتا ہے جسکی وجہ سے بال مُوچینہ سے کھینچے نہیں جا سکتے ۔ موچینی دردناک ہوتی ہے، اور انجیریہ میں مستقل اندابی ذبول شاذ ہوتا ہے، باستثناء اُس صورت کے جبکہ وہ مُفرط شعاعی علاج کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو جائے ۔ انجیریہ حاد مسامی جرابی التہاب کے حملہ کے طور پہ شروع ہوتا ہے، یا اسکے کئی حملوں کے بعد بتدریج قائم ہو جاتا ہے ۔ جرابی التہاب کی اِن دو قسموں کے درمیان اصلی فرق یہ ہے کہ درآنحالیکہ سادہ مسامی جرابی التہاب میں برجلد سرایت کا تدارک کرنے کے قابل ہوتی ہے اور قائحات فرداً فرداً واقع ہوتے ہیں اور خود بخود مندمل ہو جاتے ہیں، انجیریہ میں برادمہ کی قوت مدافعت مفقود ہو جاتی ہے اور اُسمیں پرانے قائحات کے نیچے نئے قائحات بنتا جاری رہتے ہیں ۔ معلوم ہوگا کہ انجیریہ میں صرف وہی خطے ماؤف ہوتے ہیں جنمیں بڑے بڑے بال ہوتے ہیں، اسی واسطے وہ گالوں اور بالائی لبوں پر صرف مَردوں میں ہوتا ہے ۔ مزید برآں وہی مرد جنمیں داڑھی اور مونچھ کے بال بڑے اور موٹے ہوتے ہیں اِس مرض سے ماؤف ہونے کا سب سے زیادہ اِمکان رکھتے ہیں ۔ موچینی یا لاشعاعوں کے ذریعہ بالوں کو جرابات میں سے نکال دینے سے قائحیت تا عارضی طور پر موقوف ہو جاتی ہے، لیکن جب وہ پھر اُگ آتے ہیں تو توالی مرض واقع ہو جاتا ہے ۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ جرابات کے اندر موٹے بالوں کی موجودگی ایک اہم جزو عامل ہے ۔

مرضی تشریح ۔ انجیریہ کے ابتدائی اضرار صرف برادمہ میں واقع ہوتے ہیں، اور یہ دراصل مسامی جرابی التہاب کے اضرار ہوتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)، لیکن یہ التقائی ہوتے ہیں، ماؤف خطے کے تقریباً تمام جرابات میں واقع ہوتے ہیں اور انکی تجدید ہمیشہ ہوتی رہتی ہے ۔ اِس عارضہ کی زمانت اِن نئے قائحات کے متواتر بننے ہی کی وجہ سے ہوتی ہے، جو جرابات کے دہنوں اور اقماع میں واقع ہوتے ہیں ۔ اِن قائحات کے

849

نیچے چھوٹے چھوٹے جا ورسی دروں بُرا دمی خراجات پیدا ہو جاتے ہیں۔ شاذ صورتوں میں سرایت نیچے کی طرف شعری بصلہ میں پھیلکر جراب کی ساری گہرائی کو ماؤف کر دیتی ہے، جس سے ایک گِرد بصلی خراج (peribulbar abscess) پیدا ہو جاتا ہے، بال ڈھیلا ہو کر خارج ہو جاتا ہے، اور جراب متصلّب ہو کر تلف ہو جاتی ہے۔ ایسے بال کو موچینہ سے اُکھاڑ کر نکال لینے پر اُسکی سرحلمی پوشش پیپ سے درریختہ پائی جائیگی، لیکن یہ نہایت استثنائی واقعہ ہے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کا ارتشاح برآدمہ تک محدود ہوتا ہے، اور اَدمی خراجات کبھی نہیں پائے جاتے۔ لیکن سرایت زدہ جراب کے گرد آدمہ میں عروقی اِتساع موجود ہوتا ہے اور اُس کے بالائی حصّے میں یک نواتی خلیوں کی درریزش ہوتی ہے۔ چند مہینوں کی مدّت والی اصابتوں میں پلازمائی خلیے اور عفریتی خلیے نمودار ہو جاتے ہیں، اور وہ تصلّب جو انجیریہ کی گرکی قسم کا ممیز خاصّہ ہوتا ہے اَدمہ کی اِسی خلوی درریزش کی کثافت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ طویل عرصہ کی اصابتوں میں سرحلمی زیربالیدگیاں نظر آتی ہیں، اور نئے جرابات بننے کا رجحان نظر آسکتا ہے، جنمیں ابتدائی یا نامکمل بال موجود ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ اِسکا سرایت رساں عضویہ عموماً عنقودیہ ذہبیہ ہوتا ہے، اگرچہ بعض اوقات اُسکی سپید اور زرد قسمیں بھی سببِ مرض ہوتی ہیں۔ یہ حالت سوائے سیلان الدہنی اشخاص کے اور کسی میں کبھی نہیں پائی جاتی، اور عموماً دوسرے سیلان الدہنی ظواہر، مثلاً تنخیل جلد (pityriasis)، سیلان الدہنی التہابِ جلد (seborrhœic dermatitis) تفطیر (acne) اور دُنبل موجود ہوتے ہیں یا کبھی نہ کبھی موجود تھے۔ سب سے زیادہ شدید اور مُدافع اصابتیں اُن اشخاص میں واقع ہوتی ہیں جن میں سرایت کی مدافعت کی قوت بچپن ہی سے ادنیٰ رہی ہے، اور جو جِلد الراس، کانوں اور تعریجات کے سرایت رساں اکزیمائی التہابِ جلد، مزمن جفنی التہاب (chronic blepharitis)، التہاب الانف (rhinitis)، اور اَنفی بلعومی نازلت (naso-pharyngeal catarrh) کے موضوع ہوتے ہیں۔ یہ حالت سیلان الدہنی التہاب جلد یا اُومیلیت کے حملہ کے بعد، حجام کی دوکان میں راست سرایت ہونے سے ہو یا اُس سطحی نبتی عنبی جرابی التہاب کے پھیلنے سے پیدا ہو سکتی ہے جو کرختہ ریش والے

سیلان الدہنی اشخاص میں اِسقدر عام ہوتا ہے ۔ یہ حصفۂ متعدی (impetigo contagiosa) کے حملہ کے بعد بھی ہو سکتی ہے، جبکہ ثانوی طور پر سرایت پیدا کرنیوالے نبقات عنبیہ جرابات پر حملہ آور ہوتے ہیں ۔ مردوں میں ڈاڑھی کے خطّے کے حصفہ کی اصابتوں میں اِس پیچیدگی کے اِمکان کو ہمیشہ ملحوظ خاطر رکھنا چاہیئے ۔ مونچھوں کا انجیریہ تقریباً ہمیشہ حاد یا مزمن انفی نازلت کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے ۔ یہ اپنے آغاز کے وقت یک جانبی ہو سکتا ہے ۔ جیسا کہ سبوراڈ نے اشارہ کیا ہے، یہ اکثر اوقات اُن اشخاص میں ہو جاتا ہے جو بچپن سے مزمن نبقی عنبی جفنی التہاب میں مبتلا رہے ہوں ۔ ایسی اصابتوں میں مونچھیں نکلتے وقت قشبی نبقات عنبیہ انفی قنات کی راہ سے نیچے آکر بالائی لب کی جرابوں پر حملہ آور ہوتے ہیں ۔

معلوم ہوتا ہے کہ انجیریہ کے خاص خصائص بیس ریڈکا (Besredka) کے اِس قول کی تمثیل پیش کرتے ہیں کہ نبقی عنبی سرایت کی مدافعت برادمہ کا ایک وظیفہ ہے، اور انجیریہ کا جاری رہنا صریحاً اس قوّتِ مدافعت کے فقدان پر منحصر ہوتا ہے، جس کے اسباب پورے طور پر نہیں سمجھے گئے ۔ چنانچہ (12) جب کوئی سرایت، جیسے کہ انجیریہ میں، برادمہ تک محدود ہوتی ہے، تو تحت الجلدی اشراب کے ذریعہ سے دی ہوئی جدرینات بیکار ثابت ہوتی ہیں، لیکن جب برادمی باڑ کے پار ہونیکے بعد خود ادمہ سرایت زدہ ہو جاتا ہے تو جدرینات سے اچھے نتائج حاصل ہونیکی توقع ہو سکتی ہے ۔ معمولی عضویات سے خالص برادمی سرایت کا عقلی علاج ایسا ہونا چاہیئے کہ جو جلد کے دافع جراثیم وظیفہ کو بحال کر کے طبعی بنا دے، اور جن لوگوں میں انجیریہ واقع ہوتا ہے اُنکے مطالعہ سے ہمیں پتہ چلتا ہے کہ اِس وظیفہ کا فقدان کس طرح واقع ہو سکتا ہے ۔ ہم اِن اصابتوں کے دو گروہ شناخت کر سکتے ہیں :- ایک وہ جسکا وقوع افلاس زدہ جماعتوں میں ہوتا ہے، جنمیں غیر صحّی ماحول، تازہ ہوا اور روشنی کے فقدان، اور ناکافی غذا کے سبب سے مریض بچپن ہی سے ریم زا عضویوں سے جلد اور مخاطی جھلیوں کی مزمن سرایت میں مبتلا ہو جاتے ہیں، اور اِنمیں انجیریہ محض ایک مستزاد پیچیدگی ہوتا ہے جو ڈاڑھی مونچھ کی بالغی بالیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ دوسرا گروہ وہ ہے جو خوشحال لوگوں میں واقع ہوتا ہے جنمیں غذا اور مشروبات کی افراط اور میدانی ورزش کی کمی کے باعث سیلان الدہنی ظواہر رونما ہو جاتے

ہیں -

علاج - مقامی - انجیریہ کی دقیق امراضیات پر غور کرنا اِس امر کی توضیح کے لئے کافی ہے کہ مقامی ضدّ عفونت لاسقات کے استعمال سے شفا حاصل کرنا کیوں ناممکن ہوتا ہے، کیونکہ یہ قرنی طبقہ کی گہرائی میں داخل نہیں ہو سکتے، اور جرابات کے اجماع یا شبکۂ مالفیجیہ میں تو اِس سے بھی کم داخل ہو سکتے ہیں - سرایت کی توسیع کو
محدود کرنے کی کوشش میں ہم گرد و پیش کی جلد پر آیوڈین کا روح شراب میں تیار کیا ہوا 850
ایک فیصدی طاقت کا محلول (one percent solution of iodine in spirit) لگا سکتے ہیں، یا ایسے مرہم بالئیں لگا سکتے ہیں جنمیں گندھک، پارہ، ریسارسن (resorcin)، وغیرہ شامل ہو - لیکن اصلی سرایت زدہ رقبوں کا بہترین علاج اِن پر رات کے وقت اکتھیال (۲۵ تا ۷۵ فیصدی) لگانا ہے، جسکو صبح کے وقت دھو کر الگ کیا جا سکتا ہے یا برلینٹ گرین (brilliant green) (۲۵ فیصدی روح شراب میں ۵ گرین) - موچینی کے اثر کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے اور مزمن اصابتوں کے لئے یہی مناسب ہے - نسبتہً کہیں زیادہ سریع نتیجہ شعاعی علاج سے حاصل ہوتا ہے، اور اِسکی ایک ہی موچینی معتاد سے عموماً صریح شفا حاصل ہو جاتی ہے، لیکن جب بال از سرِ نو بڑھ جاتا ہے تو عموماً نکس واقع ہو جاتا ہے - لاشعاعوں کی کسری معتادیں بھی مفید اثر رکھتی ہیں، اگرچہ اُنکے اثر سے بال نہیں گرتے - موچینہ کے ذریعہ موچینی، اگرچہ ناگوار اور دردناک ہوتی ہے، مگر اسے شعاعی علاج پر یہ فوقیت حاصل ہے کہ اِسے بغیر معیّن طور پر جاری رکھ سکتے ہیں - اِسے نہ صرف ماؤف رقبہ پر، بلکہ اُس سے آگے تک بھی عمل میں لانا چاہیئے تاکہ توسیع مرض نہ ہونے پائے - ماورائے بنفشی روشنی کے مقامی لاسقات بھی بلاشبہ مفید ہوتے ہیں، اور یہ غالباً جلد کے میکانیۂ مدافعت کو متہیج کر کے عمل کرتے ہیں - اِنھیں کلّی روشنی کے غسلوں (total light baths) کے ساتھ استعمال کرنا اچھا ہے -

عمومی - اگر ممکن ہو تو مریض کو میدانی زندگی بسر کرنی چاہیئے، اور ہلکے لباس میں زوردار ورزش کرنی چاہیئے - غسلِ آفتابی اور سارے جسم کی جلد پر ٹھنڈی ہوا کا فعل، علاج کے کسی دوسرے طریقہ کی نسبت مستقل شفا بخشنے کا زیادہ امکان رکھتا ہے خوراک

وہی ہونی چاہیئے جسکی سفارش سیلان الدہنی حالت کے لیئے کی گئی ہے - تبقی عنبی جدریات جو تحت الجلد راہ سے دیجائیں کم نافع یا بالکل غیر نافع ہوتی ہیں - لیکن اگر انکا اشراب دروں آدمی راہ سے، پچیس ملیمن سے لیکر پانچ سو ملیمن تک کی مقداروں میں کیا جائے تو ممکن ہے کہ انکا اثر حیرتناک ہو، اور اسطرح بہت پرانی اصابتوں میں بھی عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں - بیس ریڈکا کا تبقی عنبی ضد قشب (Besredka's staphylococcal antivirus) (دس دن کی پرانی کاشتوں کا مقطرہ، جنمیں خود امتناعی اشیاء موجود ہوتی ہیں) رفادوں کے ذریعہ ماؤف رقبوں پر رات کے وقت لگایا جائے تو ابتدائی اصابتوں میں اسکے بھی کامیاب ہونیکا دعوٰے کیا گیا ہے -

قفائی انجیریہ

(sycosis nuchæ)

[خلبی تفطیر — حلیمی شعرانی التہابِ جلد —]

(dermatitis papillaris capillitii) (acne cheloid)

یہ حالت معمولی انجیریہ سے مماثل ہے اور اُسی کی طرح صرف اُن ذکور میں ہوتی ہے جو سیلان الدہنی ہوتے ہیں - یہ قفا کا گرد جرابی التہاب ہے، اور اسکی ممیز خصوصیت اتصالی بافت کی کثیف خلبہ نما صلابت ہے - ماؤف رقبہ پر نصولی گہرے جرابی قانحات اور پھوڑے دیکھے جاتے ہیں - بعض اوقات نیلگوں سرخ حلیمی سلعہ نما نبت پیدا ہوجاتے ہیں، جنمیں سے باسانی خون بہنے لگتا ہے اور جو ایک بدبودار نیم ریمی افراز خارج کرتے ہیں - یہ نبت کچھ عرصہ بعد متغیر ہوکر خلبی بند بنجاتے ہیں - مزمن التہاب سے متعدد شعری جرابات تلف ہوجاتے ہیں لیکن بعض محفوظ رہتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خلبی تودے سے بالوں کے چھوٹے چھوٹے ممیز گچھے بروز کرتے باقی رہ جاتے ہیں -

بحثِ اسباب - جیسا کہ کہا گیا ہے، یہ حالت ذکور تک محدود ہوتی ہے جنمیں سے بہت سے معمولی تفطیر یا انجیریہ میں مبتلا ہوتے ہیں یا مبتلا تھے - یہ حالت بلاشبہ تبقی عنبیہ ذہبیہ سے قفائی جلد کی مزمن سرایت کے سبب سے ہوتی ہے، اور غالباً اس مقام میں اتصالی بافت کی کثیف نوعیت، التہابی عمل کی مخصوص عسیر الاندمال نوعیت

کا اور خلیہ نما تکوین کی پیدائش کا سبب ہوتی ہے ۔

علاج ۔ علاوہ اُن عام تدابیر کے جنکی سفارش انجیریہ میں کی گئی ہے، واحد علاج جو درحقیقت اطمینان بخش ہے شعاعی علاج ہے ۔ اِسکی پوری رفاقی مقادیر ایک ایک ماہ کے وقفوں سے دینی چاہئیں یا کسری مقادیر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے ۔

تنخری تفطیر

(acne necrotica)

[جلدری نما تفطیر (acne varioliformis) جبہی تفطیر (acne frontalis)]

یہ ثوران خاصکر چالیس سال سے اوپر کے اشخاص میں پایا جاتا ہے، جو ایک
851 قعودی خانہ نشین زندگی بسر کرتے اور بکثرت غذا کھاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی یہ زمانہ ریعان میں بھی ہو جاتا ہے ۔ یہ جنسِ ذکور میں نسبتہً زیادہ عام ہوتا ہے ۔ اضرار سریری اور خردبینی دونوں طرح سے ممیز ہوتے ہیں ۔ وہ جرابی تبور کے طور پر شروع ہوتے ہیں، جو التہاب کے ایک سرخ ہالہ سے گھِرے ہوتے ہیں ۔ اِنکے راسوں پر آبلہ دار نفاطات نمودار ہو جاتے ہیں، جو نہایت سرعت کے ساتھ خشک ہو کر ممیز پپڑیاں بنا دیتے ہیں ۔ یہ محدب الطرفین، زردی مائل بھورے رنگ کی، اور جلد میں مضبوطی کے ساتھ گڑی ہوئی ہوتی ہیں ۔ جلد الراس پر اِنکے مرکز میں ہمیشہ ایک بال ہوتا ہے ۔ جب یہ گر جاتی ہیں تو گڑھے دار ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جنکی گہرائی مختلف اصابتوں کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے ۔ اضرار عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، مگر کبھی کبھی تین پینی (three-penny) کے سکّہ کی جسامت حاصل کر لیتے ہیں، اور ایسی صورت میں جو ندبات پیدا ہو جاتے ہیں وہ بہت بدصورتی پیدا کر دیتے ہیں ۔ انتخابی مقامات پیشانی، بالوں کے حاشیہ کے ساتھ ساتھ، کنپٹی، جلد الراس، ناک اور انفی شفوی دہراؤ، اور پشت اور سینہ کے درمیانی خط ہوتے ہیں ۔ یہ ثوران دراصل مزمن ہوتا ہے، اور اضرار کی تازہ پیداواروں کے نمویاب ہونے سے ترقی کرتا رہتا ہے، جنکے نکلنے سے پہلے شدید خارش، سوزش، یا اصلی درد تک محسوس ہوتا ہے، اور موضوعی علامات عموماً معروضی امارات کی نسبت بہت زیادہ ہوتے ہیں ۔

مرضی تشریح ۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ ضرر شعری دہنی جراب کے دہنہ پر تنخر سے

پیدا ہوتا ہوا دیکھا گیا ہے، جسمیں سارا برادمہ اور زیر افتادہ ادمہ کا ایک حصہ ماؤف ہوجاتا ہے۔ یہ تنخزی رقبہ ایک عدسہ نما پپڑی بناتا ہے، جسکے مرکز میں جراب، بال اور دُہنی غدہ کے باقیات پائے جاتے ہیں۔ جراب کے قمع میں تفطیری خرد عصیے کی نوآبادیات واقع ہوتی ہیں، دہنہ میں اور پپڑی کے بالائی اور زیرین کناروں کے برابر برابر نبقئا عنبیہ ذہبیہ کے تودے ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ معلوم ہوتا ہے کہ تنخزی تفطیر ایک ایسی جراب کی جو پہلے ہی سے تفطیری عصیہ سے سرایت زدہ ہوتی ہے، نبقئا عنبیہ ذہبیہ کے ذریعہ مستزاد سرایت واقع ہونے کے سبب سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ دونوں عضویے ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، اور اضرار کی تنخزی نوعیت غالباً نبقئا عنبیہ کے سبب سے ہوتی ہے۔ اسکے مریض ہمیشہ سیلان الدہنی ہوتے ہیں، اور یہ ضرر اُن فربہ کثیر الدم مردوں میں عام ترین ہوتا ہے جو ادھیڑ عمر کے اوپر کے ہوتے ہیں۔ جیسا کہ دوسری سیلان الدہنی حالتوں میں ہوتا ہے کاربوہائڈریٹ خوراک کی زیادتی، الکحلیت اور میدانی ورزش کا فقدان اہم عاملات ہوتے ہیں۔

علاج۔ مقامی طور پر، ثوران کو عارضی طور پر صاف کرنے کے لئے، عموماً جلد الراس اور دوسرے ماؤف رقبوں کو باربار دھونا اور رات کے وقت ایک ایسا مرہم لگانا کافی ہوگا جسمیں گندھک (sulphur) اور روغن کیڈ (oil of cade) شامل ہوں (مثلاً یہ نسخہ :- اولئی کیڈینی دس حصے (olei cadini 10·0)، سلفر پریسپٹیٹ ایک حصہ (sulphur præcip. 1·0)، سفید ویسیلین اور لینولین ہر ایک دس دس حصے (vaselini alb. lanolini āā 10·0)، یا تنہا گندھک۔ لیکن تاوقتیکہ غذا اور طریقِ زندگی نہ بدلے جائیں، عموماً نکس مرض ہوجاتا ہے۔ سبورا ڈ روٹی سے کلی پرہیز کی سفارش کرتا ہے، لیکن عمومی علاج وہی ہے جو سیلان الدہنی حالت کے لئے ہوتا ہے (جہ ملاحظہ ہو)۔ ہمیشہ توالی کرنے والی اصابتوں میں ایک خودزاد یا ندخورہ تبقی عنبی جدرین، دوں ادمی طور پر دے کر جسطرح کہ انجیریہ کے لئے بتایا گیا ہے، آزمانی چاہیے۔

التہابِ غددِ عرقیہ

(hidradenitis)

یہ عارضہ، جو بارہا غلطی سے دُمیلیت سمجھ لیا جاتا ہے، تقریباً صرف بغل میں، اور نسبتہً شاذ صورتوں میں عجان میں ہوا کرتا ہے۔ اِسکے اضرار بضوی، التہابی گرہکیں ہوتی ہیں، جو اکثر نہایت دردناک ہوتی ہیں۔ ممکن ہے یہ پھوٹے بغیر حکش پذیر ہو جائیں، لیکن زیادہ عام طور پر نرم ہو کر پھوٹ جاتے، اور ایک بالائی جیسا مواد خارج کرتے ہیں، لیکن دُنبل کی طرح کوئی کیل خارج نہیں ہوتی۔ یہ التہاب دراصل عسیر الاندمال ہوتا ہے اور دس دن سے لیکر پندرہ دن تک جاری رہ سکتا ہے۔ عود مرض نہایت عام ہوتا ہے، اور شدید اصابتوں میں ممکن ہے کہ دونوں بغلیں تمامتر متعدد اضرار سے ماؤف ہو جائیں۔

بحثِ اسباب - یہ گرہکیں، اُس حالت کی طرح جو "رضیعی خراجات متعددہ" ("multiple abscesses of infants") کے نام سے مشہور ہے، غدد عرقیہ کی (نہ کہ شعری دہنی جرابات کی) بنقی عنبی سرایت کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ عارضہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور اُن سیلان الدہنی اشخاص میں ہوتا ہے جنھیں بکثرت پسینہ آتا ہے۔ یہ حالت سیلان الدہنی عمومی التہابِ جلد (generalised seborrhœic dermatitis) کی ایک عام پیچیدگی ہوتی ہے، بالخصوص اُسوقت جبکہ بغلیں ماؤف ہوں، یا ساری اکزِمائی التہابِ جلد (infective eczematoid dermatitis) کی پیچیدگی ہوتی ہے۔

علاج - اُن تدابیر کو کام میں لانا چاہیئے جو سیلان الدہنی حالت اور بنقی عنبی سرایتوں کے لئے پہلے بیان کی گئی ہیں۔ مقامی طور پر، بغلوں پر روزانہ نسخۂ ذیل لگانا چاہیئے: ٹنکچر آیوڈی مٹس ایک حصہ (tinct. iodi. mitis 1·0)، اِسمیں اسپرٹ میتھیلیٹڈ شامل کر کے دس حصے کر لیا جائے (spirit methyl. ad 10·0)۔ اور چھڑکنے کے لئے بوروسیلی سِلک سفوف (boro-salicylic dusting powder) آزادانہ استعمال کرنا چاہیئے۔

852 ریم جراثیمی ذرّاتی سلعہ

(granuloma pyogenicum)

اِس ملک میں اِس اصطلاح کے تحت دو مختلف اقسام کے اضرار کا تذکرہ کیا جاتا ہے :- (۱) یہ حالت پہلے انسانی عنقودی فطریت (botryomycosis hominis) کے نام سے یاد کی جاتی تھی۔ اِس نام کا اطلاق جلد کے چھوٹے چھوٹے ڈنڈی دار سلعات پر کیا جاتا ہے' اور یہ اُن سلعات سے مشابہ ہوتے ہیں جو بعض اوقات گھوڑوں کے زخموں میں پیدا ہو جاتے ہیں جو آختہ گری کے عملیہ کے بعد باقی رہ جاتے ہیں۔ خیال کیا جاتا تھا کہ یہ ایک خاص فطر (فطر عنقودی = botryomyces) کی سرایت کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں' لیکن وہ شہتوت نما تودے' جن پر طفیلیاتی عناصر ہونے کا غلط گمان کیا جاتا تھا' دراصل انحطاط یافتہ خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سلعہ ایک مٹر کے دانہ سے لیکر ایک سپاری کے برابر تک مختلف جسامت کا ہوتا ہے۔ اسکا رنگ سُرخ' اور یہ گول یا انتصاباً کسیقدر چپٹا ہوتا ہے' اور اس کی سطح چکنی یا حُلمہ دار ہوتی ہے۔ یہ عموماً بَرادمہ سے نہیں ڈھکا ہوا ہوتا لیکن اَدمہ پر سہارا رکھتا ہے' جس سے اِسے ایک میزاب جُدا کرتا ہے۔ سلعہ کو ایک طرف ہٹا لینے پر اس میزاب کے پیندے میں ڈنڈی دکھلائی دے سکتی ہے۔ یہ سلعہ چھونے پر سخت اور لچکدار معلوم ہوتا ہے' اور اُسمیں سے بآسانی خون نکل آتا ہے۔ بعض اوقات یہ ایک زردی مائل پپڑی سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ اضرار نہایت عام طور پر ہاتھوں اور انگلیوں پر دیکھے جاتے ہیں' لیکن چہرے' پاؤں' ٹانگوں' لبوں' جلد الراس بلکہ زبان پر بھی ہو سکتے ہیں۔ تاوقتیکہ ان کا استیصال نہ کردیا جائے یہ غیر معیّن زمانہ تک باقی رہتے ہیں۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ مضغئ اتصالی بافت پر مشتمل ہوتے ہیں جس میں کثیر التعداد نوساختہ نسنہ شعری دموی عروق (جیسے کہ عروقی سلعہ میں دیکھے جاتے ہیں) موجود ہوتے ہیں۔

(۲) ایک مُتفطِّر ثُولولی چکتی (fungating warty patch) جو اکثر معتدبہ جسامت کی ہوتی' اور ناہض فطریت (blastomycosis) یا بردقی ذئبہ (lupus

(verrucosus) سے مشابہت رکھتی ہے ۔ یہ ایک قاتحی ضرر کے طور پر شروع ہوتی ہے جو خارج المرکز سمت میں پھیلتی ہے اور جس میں نرم عروقی ارتکے نمو یاب ہو جاتے ہیں ۔ یہ آخر الذکر ایک بروقی شکل اختیار کر لیتے ہیں ، اور مکمل نمو یافتہ چکتی مدوّر یا بیے قاعدہ جسامت کی پیدا ہو کر گرد و پیش کی جلد کے لیول سے مختلف حد تک اُبھر آتی ہے اور پپڑیوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے ، جنکے درمیان اور جنکے نیچے ثولولی ، بنتی ، ارکی سطحی سطح دکھلائی دیکھتی ہے ۔ اِس ضرر کو دبانے سے پیپ کے قطیرات کا ارتشاح ہونے لگتا ہے ۔ موضوعی علامات خفیف ہوتے ہیں ، اور تا وقتیکہ علاج نہ کیا جائے مرض کا عمر بطی اور مزمن ہوتا ہے ۔

بحثِ اسباب ۔ ریم جراثیمی ذرّاتی سلعہ کی دونوں قسمیں منکشف حصوں پر واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہیں ، اور ایک ماسبق عفونی سرایت ، بالخصوص کسی متقیح خراشیدگی یا زخم کو پیچیدہ کر دیتی ہیں ۔ جرثومیاتی امتحان پر عموماً ایک عنقودیہ ذہبیہ خالص کاشتوں میں حاصل ہوتا ہے ، لیکن اضرار کی نبتی نوعیت کے مسبب عاملات نامعلوم ہیں ۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات کاویات کی خراش سے پہلی قسم کا منظر پیدا ہو جاتا ہے ۔ دوسری قسم کو بروقی ذئبہ (lupus verrucosus) ، ناامض فطریت (blastomycosis) ، بذرشعریت (sporotrichosis) اور شعری فطریت (trichophytosis) سے تمیز کرنا اہم ہے ۔

علاج ۔ پہلی قسم کے ضرر کو قینچی سے کاٹ کر عود مرض کو روکنے کے لیے اُسکی ڈنڈی کو سلور نائٹریٹ کی قلم سے جلا دینا چاہیئے ۔ ماورائے بنفشی روشنی کا مقامی استعمال بھی شفا بخش پایا گیا ہے ۔ دوسری قسم دافع عفونت غسولات ، مثلاً پرکلورائڈ آف مرکیوری (۳ ہزار میں ایک حصہ) ، یا یو ڈی آلی بور (eau d'Alibour) کے متواتر استعمال سے عموماً شفایاب ہو جاتی ہے ۔ بعض اصابتوں میں لاشعاعوں کی ایک پوری رفاقی معتاد مناسب ہوتی ہے ۔

ایکزمائی ساری التہاب جلد

(dermatitis infectiosa eczematoides)

اس عنوان کے تحت انگمین (Engman) اور ازاں بعد فارڈائس (Fordyce) اور سٹن (Sutton) نے ایکزمائی التہاب جلد کی ایک قسم بیان کی ہے، جو عموماً جلد کے کسی محدود المقام ساری ضرر مثلاً دوالی التہاب (varicose dermatitis) کی مزمن چکنی، حرفتی ایکزیما (occupational eczema)، دُمیلیت یا راج پھوڑے، زخموں، مزمن سیلان الاذن، صبوبی جوفوں (discharging sinuses) وغیرہ کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ خارشت (scabies) کے حملہ کے بعد جسمیں ثانوی سرایت ہوگئی ہو، مزمن عظمی لُبّی التہاب (osteomyelitis) میں جسمیں اوپر کی جلد کی سرایت بھی ہوگئی ہو، اور کسور مرکب (compound fractures) کے بعد بھی علی العموم پائی جاتی ہے۔ ثوران عموماً اصلی ساری ضرر کے گرد ایکزیمائی چکنیوں کے طور پر شروع ہوتا ہے، اور پھر اس سے کسی قدر فاصلہ پر کم و بیش واضح طور پر محدود دائری یا بیضوی چکنیاں نمودار ہوجاتی ہیں، جو نہایت عام طور پر بازوؤں، رانوں اور ٹانگوں پر واقع ہوتی ہیں۔ یہ چکنیاں اعلیٰ درجہ کی ممیّز ہوتی ہیں، اور ایک منفرد آبلہ یا آبلہ نما قائحہ سے پیدا ہوتی ہیں جو ایک احمراری قاعدہ پر ہوتا ہے۔ التہاب محیطاً پھیلتا ہے یہاں تک کہ ایک ہیچوانہ چکنی بنجاتی ہے۔ یہ آبلے بڑے بڑے ہوتے ہیں، اور خشک ہو کر جدا جدا زردی مائل پپڑیاں بنا دیتے ہیں۔

853 **بحث اسباب۔** التہابِ جلد کی وہ قسم جسے ہم ایکزیما (eczema) کہتے ہیں، براد می حساس گری کی دلالت ہے، اور ساری ایکزیمائی التہابِ جلد میں حساس گر عامل ایک نبقہ عنبیہ عموماً نبقۂ عنبیہ ذہلیہ ہوتا ہے۔ حساس گری جلد میں نبقی عنبی سرایت کے کسی ماسکہ کی موجودگی کے باعث واقع ہوجاتی ہے۔ نبقۂ عنبیہ سے مثبت جلدی تعاملات اکثر حاصل ہوتے ہیں، اور سٹن نے بتلایا ہے کہ تقریباً ۲۵ فیصدی اصابتوں میں اِس ثوران کیساتھ شری (urticarial) اضرار موجود ہو سکتے ہیں، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ براد می حساس گری کے ساتھ ساتھ آدمی حساس گری بھی واقع ہوگئی ہے۔

آیر (Eyre) نے بتلا دیا ہے کہ سرایت رساں نبقہ عنبیہ کے لئے نوعی الزاقین اکثر خون میں موجود رہتے ہیں۔

علاج - پہلے سرایت کے اُس اصلی ماسکہ کا علاج کرنا ضروری ہے، جسکی وجہ سے جلد کی حساس گری واقع ہوگئی ہے۔ جب یہ شفایاب ہوجائے تو بعض اوقات اکزیمائی چکتیوں کا مزید ثوران موقوف ہوجاتا ہے؛ لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ مواظب اصابتوں میں حساسیت رُبائی کے لئے خودزاد نبقی عنبی جُدرین کی بڑھتی ہوئی معتادیں دینی چاہئیں۔ بعض اصابتوں میں پپٹون کے دروں وریدی یا دروں عضلی اشرابات کامیاب ثابت ہوتے ہیں۔ مقامی طور پر اکزیمائی چکتیوں کو ایک ایسی لگدی سے ڈھانک دینا چاہیے جسمیں ٹار (tar) اور امونیئیٹڈ مرکیوری (ammoniated mercury) موجود ہو، مثلاً نسخہ ذیل:- لائکر پیسس کاربونس، ۳۰ قطرے تا ۱ ڈرام (liq. picis carbonis, m. xxx to dm. i)، ہیڈرارج امونیئیٹا، ۵ گرین (hydrarg. ammoniat. gr. v) پیسٹ زنکی کمپاؤنڈ برٹش فارماکوپیا ایک اونس (past.zinci comp. B.P.C. ad. oz. i) کی حد تک شامل کریں۔ یہ لگدی لگانے سے پہلے انپر سلور نائٹریٹ کا دو فیصدی محلول لگا دیں جو اسپرٹ ایتھیرس نائٹروسائی میں تیار کیا گیا ہو، اور بعض اصابتوں میں خام کولتار کی لگدی (crude coal tar paste) نہایت کارگر مقامی دوا ہوتی ہے۔ جن مریضوں میں یہ حالت پیدا ہوجاتی ہے انمیں سے بیشتر سیلان الدہنی ہوتے ہیں، اور انمیں قلویات کا استعمال، جیساکہ سٹن نے بتلایا ہے، اکثر نفع بخش ہوتا ہے۔

جوارحی جلدی التہابِ مسلسل

(acrodermatitis continua)

(ناگہانی التہابُ الجلد: dermatitis repens)

۱۸۸۸ء میں رڈکلیف کروکر (Radcliffe Crocker)(13) نے "ناگہانی التہاب الجلد" ("dermatitis repens") کے نام کے تحت ایک ثوران کو بیان کیا، جسکی تعریف اُس نے یوں بیان کی۔ "یہ ایک پھیلنے والا التہاب الجلد ہے جو عموماً تضررات

کے بعد پیدا ہو جاتا ہے اور غالباً التہاب العصبی ہوتا ہے اور تقریباً خالصتاً بالائی جوارح میں شروع ہوتا ہے۔"

علامات اس محدود المقام ثوران کا بیان کرو کر نے حسب ذیل درج کیا ہے:

"اُن تمام اصابتوں میں جنہیں دریافت کیا گیا کوئی تضرر، جو اکثر خفیف سا تھا، سبب محرک تھا۔ اِس تضرر کے مقام پر آبلے یا پھپھولے نمودار ہو گئے، یہ پھوٹ گئے اور ابھری ہوئی بَرجِلد نکل گئی جسکے بعد ایک چمکدار سرخ سطح باقی رہ گئی، جس سے ایک صاف یا کسیقدر گدلا سیال رستا رہا۔ اِس معرّا رقبہ کا کنارا برجلد کے ایک حلقہ سے محدود ہوتا ہے جو زیرافتادہ سیال سے (جو صاف یا گدلا ہوتا ہے) اُبھری ہوئی اور کیو ہی ہوئی اور بیقاعدہ ہوتی ہے۔ بعض اوقات مزید ارتشاح کی وجہ سے برجلد کا جُدا ہونا جاری رہ کر توسیع واقع ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ کنارے سے عین باہر کو تازہ چھالے یا چھوٹے چھوٹے پھپھولے پیدا ہو کر پھوٹ جائیں اور متصلہ ابتدائی معرّا رقبہ میں ایک تازہ معرّا رقبہ اور شامل ہو جائے۔"

اس حالت کا ایک نہایت مخصوص اور ممیز خاصہ ناخنوں کی ماؤفیت ہے، جو بالکل اُسیطرح ماؤف ہوتے ہیں جسطرح کہ معمولی داحس میں ہوتے ہیں۔ یہ ثوران ایک ہاتھ یا ایک پاؤں میں محدود ہو سکتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں دونوں ہاتھ یا چاروں جوارح ماؤف ہو جاتے ہیں۔ موضوعی علامات معتدل مقامی خارش، اور بعض اوقات درد ہوتا ہے جو شدید ہو سکتا ہے۔ لمفی عروق کا کوئی ثانوی التہاب شاذ ہوتا ہے اور بنیئی اختلال خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ مرمرض سُست اور مزمن ہوتا ہے اور ایک زمانہ میں تو یہ مرض لاعلاج تصور کیا جاتا تھا۔ بالآخر ممکن ہے کہ ماؤف انگلیاں سکڑ کر چھوٹی ہو جائیں اور ناخن غائب ہو کر انگلیاں محض چھوٹے چھوٹے مخروطی اور متصلب ٹنڈوں کی طرح باقی رہ جائیں۔ ممکن ہے کہ لاشعاعی امتحان سے معتدل شدت کی اصابتوں میں بھی زیرافتادہ ہڈیوں (بالخصوص منتہائی سلامیات) کا عظمی التہاب اور انجذاب ظاہر ہو۔

اِس مرض کی عمومی شکل میں، ہاتھ پاؤں پر فاگھا فی التھاب الجلد (dermatitis repens) کے مخصوص و ممیز ثوران اور ناخنوں کی ماؤفیت سے

علاوہ، دھڑ، جوارح اور جلد الراس پر قائی ثورانات نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ محیطاً پھیلکر اپنے مرکزی حصوں میں خشک ہوکر پپڑی دار چکتیاں بنا دیتے ہیں جو اکثر بہت بڑی جسامت کی ہوتی ہیں۔ بادیٔ النظر میں یہ چکتیاں مزمن صدفیہ (chronic psoriasis) کی چکتیوں سے مشابہ ہوسکتی ہیں، لیکن یہ دراصل جھڑے ہوئے قرنی طبقہ اور خشک عصلی ریم پر مشتمل ہوتی ہیں، اور انکے نیچے ایک تر رستی ہوئی سطح سے مایع ریم کا ارتشاح ہوتا ہے۔ عمومی اصابتوں میں فمی، ملتحمی اور مجریٔ البولی مخاطی جھلیاں سب ماؤف ہوسکتی ہیں، جیسا کہ راقم الحروف نے ایک مریض مرد میں مشاہدہ کیا۔ زبان اوپری التہاب اللسان سے ماؤف ہوتی ہے، اور اسیر دفتعیہ یا نما جھلّی بنجانے کی وجہ سے سفید چکتیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔ متوالی حاد حملے واقع ہوتے ہیں، جو جلد پر ثورانات کے اشتدادات کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ اسیطرح کی فجوبیت پیدا کردیں جیسی کہ ثلثیہ دار زبان (lingua plicata) میں ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ اصلی ضرر کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں سے بالائی مالپیگی ہوں کی دررزش ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنی طبقہ کے عین نیچے ایک پھوڑا بنکر نیچے کی طرف زیر افتادہ حُلیمہ کی چوٹی تک پھیل جاتا ہے۔ انحلال اس پھوڑے کی تخفیف سے، اور قرنیتی قرنی خلیوں میں اسکے ادخال اور تسلخ سے واقع ہوتا ہے۔ لہذا نسیجیاتی طور پر جوارحی جلدی التہاب مسلسل کا مقابلہ صدفیہ (psoriasis) سے کیا جاسکتا ہے، لیکن آخر الذکر میں، قطع نظر اس کی قائی شکل کے، کثیر الاشکال نواتی دررزش حقیقی پھوڑے نہیں بناتی۔

بحث اسباب۔ اس مرض کی مقامی اور عمومی دونوں قسموں کی تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ اسکا اوّلی سبب نبقلا عنبیہ ذھلبیلہ کے ذریعہ سرایت ہے (14)۔

انذار۔ اس ثوران کی دونوں قسمیں حقیقتہً مزمن اور عسیر العلاج ہیں۔ اسٹوورس (Stowers) کی اصابت میں یہ حالت پینتالیس سال تک جاری رہی اور مرتے دم تک موجود رہی۔ اسٹرانڈبرگ (Strandberg) کے تین مریضوں میں یہ علی الترتیب ۱۴ سال ۱۳ سال، اور پانچ سال تک موجود رہی۔ راقم الحروف کے مشاہدہ کردہ ایک مریض میں

854

آغاز مرض سے آخری شفایابی تک اسکی مدت نو ماہ تھی۔ ایک دوسری اصابت میں مریض بارہ سال تک نوبتی فترات کیساتھ ماؤف رہا۔ تاہم یہ خیال غلط ہے کہ یہ مرض لا علاج ہے۔

علاج۔ راقم الحروف نے علاج کے جو طریقے کامیابی کے ساتھ استعمال کئے ہیں وہ حسب ذیل ہیں:۔ (۱) خودزاد جُدرین (جو تغرید کئے ہوئے نبقہ عنبیہ سے تیار کی ہوئی ہو) کے ذریعہ علاج، جسے مناسب بڑھتی ہوئی معتادوں میں عرصۂ دراز تک جاری رکھنا چاہئے۔ (۲) اضرار پر خودزاد ضد قشب، اور مختلف دافع سرایت ادویہ کا مقامی استعمال جس کے ساتھ ایسے غسل بھی استعمال کئے جائیں جنمیں سائیلین (cyllin) یا مانسال (monsol) شامل ہو۔ (۳) کلی ماورائے بنفشی روشنی کے غسل (total ultra-violet light baths) اور حتی الامکان میدانی زندگی۔ اغلب ہے کہ جدرین کے تحت الجلد اشرابات کے بجائے دروں آدمی اشرابات زیادہ کارگر ہوں، جیسا کہ نبقی عنبی تجربہ میں پایا جاتا ہے۔

سیلانُ الدہنی حالت اور متولف حالتیں

(SEBORRHOEIC STATA AND ASSOCIATED CONDITIONS)

بحثِ اسباب۔ جیسا کہ پہلے اشارہ کیا گیا ہے، تین خرد عضویے ایسے ہیں جو متمدن انسان کی جلد میں اسقدر عام طور پر موجود رہتے ہیں کہ انھیں اسکا طبعی باشندہ خیال کیا جاسکتا ہے۔ وہ یہ ہیں:۔ ملاسیز کا نخیلی بذوہ (pityrosporon of Malassez)، تفنطیر کا خرد عضویہ (microbacillus of acne) اور نبقۂ عنبیۂ ابیض (staphylococcus albus)۔ قطعی طور پر تندرست جلد پر یہ محض گندہ نباتوں کی حیثیت سے موجود ہوتے ہیں، لیکن جب حالات موافق ہوتے ہیں، تو یہ فاعلی بالیدگی اختیار کر لیتے ہیں اور جلد میں ایسے تعاملات پیدا کر دیتے ہیں، جنکی نوعیت مسبب عضویہ کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ جب ایسا واقع ہوتا ہے، تو ان تینوں عضویوں کی فاعلی بالیدگی عموماً ہمزمان طور پر واقع ہوتی ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ ان میں سے

کوئی ایک عضویہ غلبہ حاصل کرلے - چنانچہ یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ وہ حالات جو گندہ نباتیت (saprophytism) کو طفیلیت (parasitism) میں متبدل کردیتے ہیں، اِن تینوں عضویوں کے لئے مماثل ہوتے ہیں -

اس تغیر کو پیدا کرنے والا سب سے زیادہ اہم معدّ عامل جلد کی وہ مرضی حالت ہے جسے سیلان الدھن (seborrhœa) کہتے ہیں، جس کا مفہوم غدد دہنیہ سے حد سے زائد اور متغیر افراز کا پیدا ہونا اور طبقۂ قرنیہ میں چربی کے ترکیبی اجزا کا متغیر ہوجانا ہے - جلد کی طبعی چربی مختلف معادل شحوم سے بنتی ہے، جنکے ساتھ شحمی ترشے مخلوط ہوتے ہیں، جو ٹرائی ہائڈراکسی الکحل گلیسرال (trihydroxy-alcohol glycerol) سے نہیں بلکہ یک جوہری الکحل کالیسٹیرال (monatomic alcohol cholesterol) سے ترکیب پاتے ہیں - یہ کالیسٹیرالی شحوم جراثیمی بالیدگی سے بآسانی تحلیل نہیں ہوتیں اور ایک مناسب واسطۂ کاشت نہیں ہیں - اغلب ہے کہ متذکرۂ بالا تینوں عضویوں کی فاعلی بالیدگی میں ممد ہونے والا (اور اسی وجہ سے سیلان الدہنی سرایتوں کو تقویت پہنچانے والا) اصلی عامل وہ تغیر ہے جو سیلان الدہن 855
کی حالت میں جلدی شحم کے افراز اور اسکی ترکیب میں واقع ہوجاتا ہے، لیکن اسکی ماسبق استعداد پیدا کرنے والے حالات پیچیدہ ہوتے ہیں - اُن پر بالاختصار ذیل میں نظر ڈالی جاسکتی ہے -

وراثت اور ماسبق استعداد - بہت سی اصابتوں میں سیلان الدہن اور اسکی پیچیدگیوں کے لئے بلاشبہ ایک موروثی رجحان ہوتا ہے - سیلان الدہنی خاندان عام ہیں، اور اسکے برعکس بعض خاندان منیع معلوم ہوتے ہیں - جَرَد (calvities) (مردوں کے نام نہاد سیلان الدہنی صلعہ :seborrhœic alopecia) میں وراثت یقیناً ایک اہم عامل ہے - سیلان الدہنی حالت کی ایک پیدائشی استعداد بھی ہوتی ہے، جو بعض اوقات زمانہ شیرخواری ہی میں شناخت کی جاسکتی ہے -

عمر اور صنفی ارتقا - پیدائشی استعداد رکھنے والے شخص میں سیلان الدہنی مظاہر عمر کے لحاظ سے ایک خاص ارتقا کے تحت واقع ہوتے ہیں - حقیقی دودھ پپڑی (milk-crust) کو بہت سے ماہرین سیلان الدہنی رجحان کی ابتدائی ترین امارت

سمجھتے ہیں۔ شیرخوار بچہ کا سر ابتدا ہی میں تنخیلی بذوریہ (pityrosporon) سے سرایت زدہ ہوجاتا ہے، جو رضیعی اگزیما (infantile eczema) کی سیلان الدہنی قسم پیدا کرسکتا ہے۔ یہ سرایت جلدالراس کے خشک سبوسہ (dandruff) کی صورت میں زمانۂ بلوغ تک باقی رہ سکتی ہے، جبکہ سیلان الدہنی غدد میں فعلیت کی تحریک پیدا ہوجاتی ہے۔ جلدالراس اور چہرہ چکنے ہوجاتے ہیں اور اول الذکر کی سادہ سرایت جو تنخیلی بذوریہ سے نبقلا عنبیلہ ابیض سے پیچیدہ ہوجاتی ہے جسکا نتیجہ نام نہاد شحمی تنخیل (pityriasis steatoides) ہوتی ہے۔ اب شعری دہنی جرابات کے اتباع میں عصیتہ تقطیر فاعلی طور پر بڑھتا ہے اور طفولی تقطیر (juvenile acne) کے تصول اور قائحات نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ پچیس سال کی یا زائد عمر تک جاری رہتا ہے اور اسکے ساتھ یا اسکے بعد اکثر سیلان الدہنی التہاب الجلد ہوتا ہے۔ تقریباً اٹھارہ سال کی عمر میں یا اس کے بعد قمۃ الراس اور کنپٹیوں پر کے بال گرجاتے ہیں اور انکا فقدان ابتدائی ادھیڑ عمر کے جرد (calvities) کی طرف ترقی کرتا رہتا ہے۔ تیسرے یا چوتھے عاشورہ میں ریعان کی تقطیر کے بعد گلابیہ (rosacea) ہوجاتا ہے، جو عورتوں میں اکثر کثرت شعر (hypertrichosis) کے ساتھ ہوتا ہے۔ اسوقت نام نہاد سیلان الدہنی ثولولات (seborrhœic warts) بھی پیدا ہوجاتے ہیں، جو موت تک باقی رہتے ہیں۔

صنفی اثر۔ شعری دہنی نظام اور صنفی غدد کے درمیان، نیز بالوں کی بالیدگی اور غدد دہنیہ کے درمیان گہرا تعلق ہوتا ہے۔ رجولیت (virility) جلدالراس پر کے بالوں کا فقدان واقع کرنے کا رجحان رکھتی ہے اور وہ چہرے اور جسم پر کثرت بڑھ جاتے ہیں۔ نسائیت (feminism) اسکے برعکس توزیع واقع کرنیکا رجحان رکھتی ہے۔

خصیتوں (eunuchs) میں جرد (calvities) کا نمو کبھی نہیں ہوتا، اور عورتیں سن الایاس کے زمانہ میں بالوں کے بہت فقدان میں مبتلا ہونے کا اور ابتدائی ڈاڑھی مونچھ پیدا کرلینے کا رجحان رکھتی ہیں۔ سیلان الدہن دونوں صنفوں میں عموماً جلدالراس پر کے بالوں کے گرنے اور چہرے اور جسم پر موٹے بال پیدا ہونیکے رجحان کیساتھ

ہے جو نبتی عصبی مرکزوں (vegetative nerve centres) کو ماؤف کرتے ہیں (15)-

سیلان الدہنی ثلاثۂ عضویات

سیلان الدہنی حالتِ جلد میں جن تین عضویات کی فاعلی بالیدگی کی استعداد پیدا کر دیتی ہے، وہ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے حسب ذیل ہیں:- ملاسیز کا تنخیلی بذوریہ، عصیّۂ تقطیر اور نبقۂ عنبیہ ابیض۔ تنخیلی بذوریہ کو (جسے بعض اوقات ملاسیز کا بذرہ اور غلط طور پر قینی عصیبہ بھی کہا جاتا ہے) اب عام طور پر سادہ سبوسہ (simple dandruff) یا سادہ تنخیل جلد (pityriasis simplex) کا سبب تسلیم کیا جاتا ہے، کیونکہ وہ اُسکے قرنی چھلکوں میں ایک فاعلی بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ یہ ایک کثیر الاشکال عضویہ ہے، چنانچہ اِسکی سادہ کروی یا کلمہ نما اقسام عام تر اور ممیز صراحی نما اقسام کبھی کبھی ملی جلی دیکھی جاتی ہیں۔ یہ بتایا گیا ہے (16) کہ سادہ تنخیل جلد میں یہ عضویہ طبقۂ قرنیہ کی اوپری تہوں میں بالیدگی حاصل کرتا ہوا تنہا پایا جاتا ہے، بعینہٖ اُسی طرح کہ جس طرح متلون تنخیلِ جلد یا سعفہ (pityriasis or tinea versicolor) میں نخالی خرد بذوریہ (microsporon furfur) ہوتا ہے لیکن شحمی تنخیل (pityriasis steatoides) میں اور ثورانات کے اُس گروہ میں جسکو سیلان الدہنی التہاب الجلد یا اکزیما (seborrhœic dermatitis or eczema)، سیلان الدہنی ثوران (seborrhœides)، ایکزیمائی ثوران (eczematides) (Darier) وغیرہ مختلف ناموں سے یاد کیا جاتا ہے، تنخیلی بذوریہ کے ساتھ ساتھ نبقۂ عنبیہ ابیض بھی فاعلی تکاثر کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ لہذا یہ قرار دیا گیا کہ یہ امراض اِن دونوں عضویات کی ہم باشانہ سرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ تنخیلی بذوریہ کو مصنوعی طور پر خالص کاشت میں حاصل کرنے کی کوششیں بالعموم ناکام ثابت ہوئی ہیں، اگرچہ کہ گارنر نے مالٹوس اگر (maltose agar) اور ایسڈ گلیسرین اگر (acid glycerine agar) استعمال کرکے کامیابی کا دعوے کیا ہے۔ میکلوڈ (MacLeod) اور ڈاؤلنگ (Dowling) (17) نے اُسکی کاشتوں کے شکری تعاملات دریافت کیے اور اُسکے ساتھ تلقیحی تجربات بھی انجام دئے۔ وہ اِس فیصلہ پر پہنچے کہ یہ عضویہ فطرات ناکامل

میں سے ہے اور بیض بذریات (oosporaceæ) کی جماعت سے تعلق رکھتا ہے، اور ماینلیا گروہ کے ساتھ قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ کاشتوں کی تطعیم سے اُنھوں نے تمثیلی شکلی (figurate) سیلان الدہنی التہابِ جلد پیدا کرنے میں کامیابی حاصل کی، جو ارتقا اور منظر دونوں لحاظ سے قدرتی ثوران سے ناقابلِ تمیز تھا۔ طبعی غیر سیلان الدہنی جلدوں پر تطعیم کرنے سے چوبیس گھنٹوں کے اندر حبابی بثور کا ایک گروہ پیدا ہوگیا، جو تقریباً دس دن تک قائم رہ کر پھر غائب ہو گئے۔ بعض سیلان الدہنی موضوعوں میں بالخصوص اُنمیں جنہیں فاعلی سیلان الدہنی التہاب الجلد موجود تھا، اِس سے زیادہ حاد تعامل نمودار ہوا، اور بعض اوقات ایک وسیع شکلی چکنی پیدا ہو گئی۔ اُنھوں نے یہ بھی دیکھا کہ سیلان الدہنی التہاب الجلد والے اشخاص میں اِس عضویہ کے دروںِ جلدی اشرابات سے مقامی اور ماسکی دونوں طرح کے تعاملات پیدا ہوجاتے ہیں۔ لہٰذا اُن کا یہ خیال ہے کہ سیلان الدہنی التہاب الجلد کا اوّلی سبب تخیلی بذوریہ ہے، اور نبقدا عنبیہ ابیض محض ایک ثانوی حملہ آور ہے۔ تاہم اِس حقیقت سے اِنکار نہیں کیا جا سکتا کہ اس مرض میں نبقدا عنبیہ ابیض ہمیشہ فاعلی بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے۔

857 عصبیہ نفطیر (یا سیلان الدہن کا خود عصبیہ) سیلان الدہنی اشخاص میں شعری دہنی جراب کے قمع یعنے بالائی ایک ثلث میں پھلتا پھولتا ہے، اور اگر جراب کے اندر سے نام نہاد "سیلان الدہنی کویۂ" ("seborrhœic cocoon") نچوڑ کر باہر نکال لیا جائے اور ایک شریحہ پر خوب دبا کر چپٹا کر لینے کے بعد مناسب طریقہ سے رنگ دیا جائے تو بے شمار عصیات نفطیر صریحاً فاعلی بالیدگی کی حالت میں دکھلائی دینگے۔ اس عضویے سے جرابات کی سرایت واقع ہوجانے سے بعض مقامات میں معمولی نفطیر طفولی (acne juvenilis) کے کثیر الاشکال اضرار (نصول: comedones یا کیلیں "black heads"؛ نفطیری ثبور، قائحات وغیرہ) پیدا ہوسکتے ہیں۔ سبورا ڈ یہی رائے رکھتا ہے کہ حقیقی نفطیری قائحہ عصبیہ نفطیر کے باعث ہی ہوتا ہے، نہ کہ نبقدا عنبیہ ابیض کے ثانوی حملہ کی وجہ سے، اگرچہ نفطیر میں نبقی عنبی اضرار موجود ہو سکتے ہیں اور اکثر موجود ہوتے ہیں۔ حال ہی میں اِس رائے کی تصدیق اس تحقیقات سے ہو گئی ہے جو معمولی

تفطیر (acne vulgaris) میں نبقات عنبیہ کے متعلق کی گئی ہے (18)-
نبقۂا علبیہ ابیض کے خصائص اور حبیثیت کے متعلق پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (صفحہ 841)-

یاد رکھنا چاہیے کہ ان تین عضویوں میں سے ہر ایک عضویہ جلد میں اپنا انجی تحیز یا انتخابی مقام رکھتا ہے، اور ہر ایک جب فاعل بالیدگی اختیار کرتا ہے تو اپنے حملہ کے مقابلہ میں ایک خاص قسم کی خلوی استجابت کو برانگیختہ کرتا ہے۔ چنانچہ تخیلی بذوریہ، ایک قوبائی فطر مثلاً خرد بذوریہ نخالی کی طرح، طبقہ قرنیہ کی تہوں کے درمیان بڑھتا ہے اور یہ طبقہ بیش پرورده ہوکر مرئی گالوں یا فوفوں کی صورت میں اُتر جاتا ہے اسبوسہ ("dandruff" یا بفا: "scurf") اور اسمیں شک نہیں کہ اس قسم کا تسلخ اِس طفیلیہ کو خارج کردینے کی کوشش ہے۔ جلد الراس اور دوسرے بالدار حصوں پر ممکن ہے کہ تخیلی بذوریہ، دوسرے قوبائی فطرات کی طرح، جلدِ حقیقی میں التہابی مجیبیت بہت کم پیدا کرے یا بالکل نہ پیدا کرے، لیکن بے بال جلد پر یہ بذوریہ اور قوبائی فطر دونوں التہاب کے واضح سریری اور نسیجیاتی امارات برانگیختہ کردیتے ہیں۔ شعری دہنی جرابات کے قِمعی حصّے میں عصیۂ تفطیر لاکھوں کی تعداد میں پھیلتا اور پھولتا رہتا ہے اور ممکن ہے کہ وہاں تخیلی بذوریہ کی طرح غیر التہابی اور التہابی دونوں قسم کا حفاظتی تعامل (یعنے نصلہ comedo: اور تفطیری قائحہ) پیدا کردے۔ نصلہ (comedo) کو ایک ایسا ڈوبیرہ سمجھنا چاہیئے جو قرنی خلیوں سے بنتا ہے، اور تفطیری عصیوں کے تودہ کو ایک جسم غریب کی طرح طفوف کرلینے کی غرض سے ہوتا ہے۔ حقیقی تفطیری قائحہ اِس عصیہ کے مقابلہ کے لئے ایک التہابی حفاظتی تعامل ہے، اگرچہ عام طور پر اُسے نبقۂا علبیہ ابیض کی ثانوی سرایت کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے۔ سبوراڈ نے صاف طور پر بتلا دیا ہے کہ اُس کا سبب تنہا عصیۂ تفطیر ہی ہے۔ وہ یہ بھی بتلاتا ہے کہ اِس حالت میں سپید خلیتوں کا تعامل نبقی علبی سرایت کی حالت کے نسبت کثیف تر ہوکر گاڑھی جبنی پیپ پیدا کردیتا ہے، جو آخرالذکر سرایت کی ستیال بالائی نما "ستودہ ریم" ("laudable pus") کی طرح نہیں ہوتی۔ نبقات عنبیہ کا انتخابی مقام شعری دہنی جراب کا دہنہ ہوتا ہے، اور نبقی علبی سرایت کا طبعی حفاظتی تعامل کثیر الاشکال نواتی خلیتوں کی مہاجرت ہے۔

علامات - جلدی - ایک کامل صحت رکھنے والا شخص جو ورزشوں اور کھیلوں کا عادی ہو اور میدانی زندگی بسر کرتا ہو، اُسکی جلد چکنی، لچیلی اور صاف ہوتی ہے - اُسکا طبقۂ قرنی پتلا اور نیم شفاف ہوتا ہے، اور غیر مرئی گالوں کی صورت میں اُترتا رہتا ہے، اُسکے شعری دُہنی دہنے بمشکل نظر آتے ہیں، اور دُہن اور پسینہ غیر محسوس ہوتا ہے (باستثناء اُسوقت کے جبکہ گرمی یا تیز دھوپ ہو یا ورزش کے بعد)۔ اُسکے بال چکنے اور چمکیلے ہوتے ہیں نہ کہ چربیلے، اور جلد میں فاعلی جراثیمی بالیدگی کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔

اِسکے برعکس، سیلان الدہنی شخص میں، جلد بحیثیتِ مجموعی موٹی، کرخت اور میلی نظر آتی ہے، بالخصوص سیاہ فام اشخاص میں - قرنی طبقہ غیر مناسب طور پر بنا ہوا اور بیش پروردہ ہوتا ہے - شعری دُہنی دہنے کلانی یافتہ اور فراخ ہوتے ہیں اور اُن سے یا تو روغنی دُہن کے مرئی قطیرات کا ارتشاح ہوتا ہے، یا وہ ٹھوس ڈاٹوں (نام نہاد سیلان الدہنی کویوں :seborrhœic cocoons) سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں، جن میں بیشمار تفطیری عصیات موجود ہوتے ہیں - اکثر بعض مقامات میں مرئی کثرتِ عرق (hyperidrosis) ہوتی ہے - جلد الراس بلوغ کے بعد چربیلی ہوتی ہے، اور چکنے سبوسہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جسمیں بکثرت تخیلی بذوریے اور نبقاتِ علبیہ ابیض موجود ہوتے ہیں، اور بال نم اور بیجان سے ہوتے ہیں - اِس تصویر میں ساری پیچیدگیوں (نصول :comedones، قانحات، اور تفطیری گرہکوں، سیلان الدہنی التہاب الجلد کے مختلف اقسام، سطحی قانحات جو نبقۂ علبیہ ابیض کی وجہ سے ہوتے ہیں، انجیریہ کے عمیق ترجرابی التہاب اور نبقۂ علبیہ ذہبیہ کی وجہ سے پیدا ہونے والے دنبلوں) کا اضافہ کرنا چاہیئے - ادھیڑ عمر میں گلابیہ (rosacea) عام ہوتا ہے، جو جلد یا دیر سے سرخ رقبہ میں سیلان الدہنی عضویوں سے مستزاد سرایت ہونے کے باعث پیچیدہ ہو جاتا ہے - لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ سریری طور پر سیلان الدہنی اشخاص کی دو قسمیں شناخت کی جا سکتی ہیں - ایک وہ قسم جو عموماً گورے رنگ کی ہوتی ہے - یہ سرخ، تنومند، تیز و چست، اور آخری عمر میں اکثر کثیر الدم ہوتی

858

ہے۔ دوسری وہ جو عموماً سیاہ فام، شحوبی، موٹی جلد رکھنے والی، ملوّن اور سست ہوتی ہے۔ آخرالذکر میں اکثر بچپن میں غدد، ہڈیوں یا بار یطون کے تدرّن کی سرگذشت پائی جاتی ہے، اور بہت سوں کو بالغ عمر میں سلِ ریوی کی شکایت ہوجاتی ہے۔ ان ہی اشخاص میں تقطیر کی عمیق گرہی قسم نہایت عام طور پر دیکھی جاتی ہے، جسکے ساتھ عمیق اور اکثر جلبی انداب ہوتا ہے۔

مخاطی جھلّیاں۔ سیلان الدہن اشخاص کی پہلی قسم میں لبوں کے تشنگرفی کنارے عموماً شوخ سرخ رنگ کے ہوتے ہیں، اور اُنپر ایک زردی مائل رنگ کی سطحی پپڑی جمی ہوئی ہوتی ہے۔ زبان سخت اور سرخ ہوتی ہے، اور اُسکے حُلیمات اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ التہاب لثّہ عام ہوتا ہے، اور یہ بلاشبہ سرایت کی ویسی ہی ادنیٰ مدافعت کو ظاہر کرتا ہے جو کہ جلد کا ممیّز خاصہ ہوتی ہے، اور سیلان الدہنی حالت کا آغاز جسقدر جلد ہوتا ہے، یہ التہاب اُسیقدر جلد واقع ہوتا ہے۔ سیلان الدہنی اشخاص کی دوسری قسم میں لب شاحب یا نیلگوں ہوتے ہیں، زبان شاحب اور دندانہ دار ہوتی ہے، اور اُسکے حُلیمات بمشکل نظر آسکتے ہیں۔ التہابِ لثّہ کے ساتھ اکثر بوسیدگی دندان کا نمایاں رجحان موجود ہوتا ہے۔

سیلان الدہنی حالت کی شدید اصابتوں میں مزمن انفی بلعومی نازلت تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے، اور اِسمیں بار بار اِشتدادات ہوتے رہتے ہیں۔ دورانِ جنگ میں فرانس میں جو مریض پائے گئے اُنمیں یہ ایک نمایاں علامت تھی۔ مزمن سیلان الدہنی اشخاص میں، جنمیں اِسکے علامات زمانۂ طفلی سے موجود تھے، یہ نازلت عموماً طلعت غدودہ اور لِمف آسا بافت کی نمایاں بیش پرورش کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اِسکے برعکس ممکن ہے کہ اُن اشخاص میں، جو ادھیڑ عمر میں قعودی زندگی اختیار کرلینے کی وجہ سے سیلان الدہنی ہوجاتے ہیں، یہ جلد کی سرایت کے ساتھ ساتھ ایک بالکل نئی علامت کے طور پر پیدا ہوجائے۔

نظام ہضم۔ حقیقی رجیت۔ جو بلع الہوا سے بالکل جُدا ہوتی ہے، ایک عام علامت ہوتی ہے، جسکی وجہ بظاہر کاربوہائڈریٹ کی تخمیر ہے، کیونکہ وہ خوراک سے نرم کاربوہائڈریٹ غذا کو خارج کردینے پر عموماً رفع ہوجاتی ہے۔

سیلان الدہنی حالت میں بول کا مطالعہ متعدد مشاہدین نے کیا ہے۔ بالعموم قلویات کا تحمل نمایاں طور پر زیادہ ہو جاتا ہے۔ اسکا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ بول کو قلوی بنانے کے لئے قلی کی بہت بڑی معتادوں کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بعض اصابتوں میں، بالعموم اُنمیں جو زیادہ طویل عرصہ کی ہوں امونیائی نسبت (amonia-ratio) اور ترشئی نسبت (acid-ratio) بلند ہو جاتی ہے۔ سیلان الدہنی حالت میں بول کے ارتکازِ ہائڈروجن آیون (hydrogen ion concentration) کے متعلق مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ طبعی عیاری اشخاص میں (جنمیں سے سیلان الدہنی اشخاص کو احتیاط کے ساتھ علٰحدہ کر دیا گیا تھا) pH قدر ۴ء۶ سے لیکر ۶ء۹ تک مختلف تھی لیکن اُن مریضوں میں جنمیں سیلان الدہنی ظواہر موجود تھے یہ قدر ۸ء۴ سے لیکر ۵ء۸ تک مختلف پائی گئی۔ اِن اصابتوں میں pH قدر کو طبعی درجہ تک واپس لانے کے لئے قلویات کی کافی مقدار استعمال کرنے سے نمایاں فائدہ حاصل ہوتا ہے۔ ایک دلچسپ نکتہ یہ ہے کہ ممکن ہے کہ ایک مریض کا بول (حتیٰ کہ اُس مریض تک کا جسمیں سیلان الدہنی ظواہر موجود ہوں) خفیف سا ترشئی یا بلکہ معادل پایا جائے لیکن یہ کہ جب قلی استعمال کی جاتی ہے تو اُسکے قلوی ہو جانے سے پہلے اُسکی ترشگی ایک خاص نقطہ تک بتدریج زیادہ ہوتی رہتی ہے۔

علاج۔ سیلان الدہنی مریضوں کا علاج قدرتی طور پر ہر انفرادی اصابت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، لیکن یہاں بعض عام اصول کا خاکہ پیش کیا جا سکتا ہے۔ غذا کی تنظیم آب و ہوا کے حالات اور جو جسمانی ورزش لیجاتی ہے اُسکی مقدار کے لحاظ سے کرنا چاہئے۔ نشاستہ دار غذاؤں کو ایسی شکل میں لینا چاہئے جسمیں کامل طور پر چبانے کی ضرورت ہو۔ اور معمولی سپید روٹی، دودھ کی پڈنگ، اور دوسری نرم نشاستئی اغذیہ سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مرتکز مٹھائیاں، بالخصوص گنے کی شکر اور چاکولیٹ (chocolate)، سؤر کی چربی، دودھ کی چربی کی زیادتی، الکحلی شرابیں، اور بعض اصابتوں میں پنیر، یہ سب عموماً سیلان الدہنی حالتوں کو زیادہ کر دیتے ہیں، بالخصوص اُن اشخاص میں جو قعودی زندگی بسر کر رہے ہوں۔ خاص خوراک ایسی ہونی چاہئے جسمیں کچے اور پکائے ہوئے پھل اور سبزیاں ہوں، گوشت مچھلی، انڈوں، دودھ اور مکھن کی معتدل مقدار ہو، اور ساتھ ہی خستہ نشاستئی

اغذیہ ہوں۔

لباس اور ورزش ۔ لباس کی حد سے زائد زیادتی غالباً ایک اہم عامل ہے جس سے سیلان الدہنی حالت کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ اِس سے جِلد کو اُسکا وہ قدرتی تہیج نہیں پہنچنے پاتا جو ٹھنڈی ہوا سے حاصل ہوتا ہے، اور جو درقی سرگردی مشار کی نظام کو فعل میں لاتا ہے ۔ لباس کی زیادتی بلاشبہ سیلان الدہنی عضویوں کی بالیدگی میں بھی مُمِد ہوتی ہے سیلان الدہنی جِلدوں پر کُھلی ہوائی اور آفتابی غسلوں کا اثر نہایت حیرتناک ہوتا ہے ۔ مریض کو بتدریج ہلکے مسامدار لباس کا عادی بننے کی تربیت دینی چاہیئے، اور اگر ممکن ہو تو اُسے دوڑنے کے لباس میں باقاعدگی کے ساتھ زوردار میدانی ورزش کرنا چاہیئے ۔

غسل ۔ روزانہ گرم غسل، اور اُسکے بعد سرد نطول مناسب ہے ! ور شدید اصابتوں میں سوتے وقت کبریتی غسلوں کی فہمائش کرنی چاہیئے ۔ ابتداءً یہ ہر روز
رات کے وقت ہوں، اور ازاں بعد ہفتے میں دو بار ۔ جب اِسپائی علاج (Spa treatment) میسر ہو تو متبادل گرم اور سرد نطول (اِسکاچ نطول "Scotch douche") = نہایت نفع بخش ہوتا ہے ۔

قلویات ۔ جن اشخاص میں بولی ترشگی زیادہ ہو گئی ہو اُنھیں قلوی مالح مفتحات کا ایک ابتدائی نصاب دینا چاہیئے، اور ازاں بعد ایک مقررہ معمول کے طور پر علی الصباح قلی کی ایک منفرد معتاد پانی کے ایک بڑے گلاس میں لینا چاہیئے ۔

سادہ تنخیل

(pityriasis simplex)

"تنخیل" کی اصطلاح کا اطلاق بدقسمتی سے جِلد کے کئی جداگانہ عوارض پر کیا گیا ہے ۔ یہ ایک لفظ سے ماخوذ ہے جسکے معنی بھوسی کے ہیں اور اِس سے محض چھلکوں کی موجودگی مراد ہے ۔ متلون تنخیل جلد (pityriasis versicolor) قرنی طبقہ کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے جو ایک فطر، نخالی خردبذوریہ

(microsporon furfur) کے ذریعہ واقع ہوتی ہے۔ گلابی تنخیل (pityriasis rosea) ایک نوعی مرض ہے جو ایک ایسے عضویے کی سرایت سے پیدا ہوجاتا ہے جو ابتک نامعلوم ہے۔ سرخ تنخیل الشعر (P. rubra pilaris) بھی ایک نوعی ذات ہے جو نامعلوم السبب ہے۔ اور سرخ تنخیل (P. rubra) ایک احمرار الجلد (erythrodermia) ہے۔

سادہ تنخیل (pityriasis simplex) قرنی طبقہ کا ایک غیر التہابی تقشری عارضہ ہے، جسے عام طور پر سبوسہ (dandruff) یا بفا (scurf) کہتے ہیں۔ سادہ شکل میں یہ خاصکر بالدار خطوں اور بالخصوص جلد الراس کو ماؤف کرتی ہے (راسی تنخیل =P. capitis)، لیکن جیسا کہ اشارہ کیا جاچکا ہے اسکا مسبب عضویہ تبقاتِ عنبیہ کے ساتھ ملکر اُس التہابی حالت کو پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہے جو سیلان الدہنی التہاب الجلد (seborrhœic dermatitis) (پیچدار تنخیل =P. circinata) کے نام سے مشہور ہے۔ اِس عارضہ کے ابتدائی ترین درجے نوعمر بچوں میں دیکھے جاتے ہیں، جنکی جلد الراس پر یہ، عموماً قمتہ الراس پر، شعری جرابات کے گرد چھوٹی چھوٹی خشک بفائی چلکتیوں کی صورت میں شروع ہوتا ہے۔ بتدریج یہ گول چھلکے دار رقبوں کی صورت میں (جو قوبا یعنے داد سے غیر مشابہ نہیں ہوتے) پھیلتا رہتا ہے، یہانتک کہ یہ منتشر ہوجاتا ہے۔ تقریباً عمر بلوغ سے لیکر آگے کو، جبکہ ساتھ سیلان الدہن کی موجودگی کا امکان ہوتا ہے، یہ چھلکے چربیلے ہوجاتے ہیں۔

یہ حالت تنخیلی بذوریہ سے (جو پہلے بیان کیا گیا ہے) قرنی طبقہ کی سرایت کے باعث پیدا ہوجاتی ہے۔ اِسمیں کوئی شک نہیں کہ اِس عضویہ سے پیدا ہونیوالی سرایت بلاواسطہ اور بالواسطہ تماس کے ذریعہ پھیلتی ہے۔ جب یہ اُن چھوٹے بچوں میں واقع ہو جنمیں جلد الراس کی سادہ تنخیل "رضیعی اکزیما" (infantile eczema) کی ایک شکل کا نقطۂ آغاز ہوسکتی ہے، تو ماں یا دایہ کی جلد الراس کے امتحان سے عموماً ایک بھاری سرایت ظاہر ہوگی، اور بلاشبہ بالوں کے برشوں کا بلا امتیاز مبادلہ بالواسطہ انتشار کا ایک قوی سبب ہوتا ہے۔

علاج - چونکہ صرف مقامی تدابیر سے اس سرایت کا استیصال نہایت مشکل ہے، لہٰذا سیلان الدہنی حالت کا عمومی علاج (جو ملاحظہ ہو) کرنا چاہیئے - جلد الراس کو بار بار دھونا چاہیئے، عورتوں میں ہفتہ میں ایک بار، اور مردوں میں دو بار یا اس سے بھی زیادہ مرتبہ - علاج کے آغاز میں صابن دار روح شراب (soap spirit) (spiritus saponatus B. P. C.) یا اثیری صابن (ether soap) استعمال کیا جاسکتا ہے، لیکن انکو زیادہ عرصہ تک نہیں جاری رکھنا چاہیئے - بعض محفوظ الحقوق دلوکات (proprietary shampoos) جنمیں ٹار موجود ہوتا ہے، باقاعدہ استعمال کے لئے بہترین اور خوشگوار ترین چیزیں ہیں - خفیف اصابتوں میں ایک شعری غسول کا روزانہ کامل استعمال کافی ہوتا ہے، مثلاً نسخہ ذیل :- ریسارسن (resorcin) آیسڈ سیلی سیلک (acidi salicylici) دونوں دس دس گرین، ہیڈرارج پرکلورائڈ (hydrarg. perchloridi) ½ گرین، روغن کوینڈر ۲ قطرے (روغن بیدانجیر کافی مقدار میں)، ایسیٹونی (acetoni) ایک ڈرام، اسپرٹ وائنی میتھ انڈسٹ (spirit vini meth. indust) اسقدر کہ کل مقدار ایک اونس ہو جائے - جن اشخاص کے بال بھورے یا اجلے ہوں انمیں ریسارسن کو حذف کر دینا چاہیئے - اس غسول کو ایک پاشندہ کاک (sprinkler-cork) میں سے ہلا ہلا کر جلد الراس پر چھڑکنا چاہیئے، پھر خوب برش پھیر کر اسے اندر داخل ہونے دینا چاہیئے - یا اسے ایک ہر رشتہ کے ذریعہ لگا سکتے ہیں - شدید اصابتوں میں، بالخصوص جبکہ سیلان الدہن زیادہ ہو، اسکے علاوہ کسی پومیڈ (pomade) کا استعمال بھی ضروری ہے - مثلاً نسخہ ذیل :- سلفر پرسیپ (sulphur præcip.) اور ایسڈی سیلی سلیسی ہر دو بیس بیس گرین (acidi salieylici, ää, gr. xx)، ویسلین البا دو ڈرام (vaselin alb. dm ii) آئل کوکائس نیوسیفیری (ol. cocois nuciferæ) اسقدر کہ کل مقدار ایک اونس ہو جائے، خوشبو کافی مقدار میں - اسے جلد الراس پر تدلک (shampooing) سے اگلی راتوں میں خوب ملنا چاہیئے، اور مندرجہ بالا غسول کو (پرکلورائڈ آف مرکیوری کے بغیر) روزانہ استعمال کرنا چاہیئے - اس امر پر جسقدر زور دیا جائے کم ہے کہ یہ عامیانہ خیال کہ جلد الراس کو صرف گاہے گاہے دھونا چاہیئے غلط ہے - دراصل یہی خیال سبو سے

کے پھیلنے کا بڑی حد تک سبب ہے ۔ بشرطیکہ قوی قلوی اِسپرٹ دار دلوکات (spirituous shampoos) جن سے بال بھر بھرے اور خستہ ہو جاتے ہیں، اور عورتوں میں خضاب اور تجعید کے مضر فعل کے ساتھ ملکر وہ حالت پیدا کر دیتے ہیں جو گرہ دار تقصف الشعر (trichorrexis nodosa) کے نام سے مشہور ہے استعمال نہ کئے جائیں، سر کو جتنی بار چاہیں دھو سکتے ہیں ۔

860

نصلہ

(comedo)

(کیل : blackhead)

نصلہ معمولی تفطیر (جو ملاحظہ ہو) کے اضرار میں سے ایک ضرر ہے ۔ یہ ایک چھوٹا، قرنی، کویہ نما تودہ ہے، جو شعری دُہنی جراب کے مُنہ میں مدفون ہوتا ہے، اور قرنی خلیتوں کے ہم مرکز غلافوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو ایک قاسم دار کہفہ کو محصور کرتے ہیں، جسکے اندر عصیۂ تفطیر کے تودے، مغلظ دُہن، اور ایک، مردہ زغب (lanugo hair) کے فواضل موجود ہوتے ہیں ۔ نصلہ کی چوٹی سیاہ بھورے یا سیاہ رنگ کی ہوتی ہے، چپکے ہوئے میل کی وجہ سے نہیں، بلکہ قرنین (keratin) (ultra-marine) کے ایک تکسیدی حاصل کی وجہ سے ۔ نصلہ کا زیرین حصّہ زرد رنگ کا ہوتا ہے ۔ بعض اوقات "دوہرے" یا "متعدد نصلات" دیکھنے میں آتے ہیں، یعنے دو یا زائد قریبی طور پر متقرب شدہ نصلات جو قاعدہ کے مقام پر باہم مربوط ہوتے ہیں ۔ نصلہ ایک احتباسی دویرہ ہے، اور جراب کے مُنہ پر بیش قرنیت واقع ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے ۔ یہ بیش قرنیت بلاشبہ اُن بیشمار تفطیری عصیات کی میکانی یا سمی خراش کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو قمع میں بڑھتے رہتے ہیں ۔ لھٰذا عصیۂ تفطیر کو نصلہ کا سبب سمجھنا چاہئے، اور حقیقی نصلات کی تکوین کا اصلی معدّ عامل سیلان الدہن ہے، جو اِس عصیہ کی فاعلی بالیدگی میں ممد ہوتا ہے ۔

لیکن معمولی تفطیر کے نصلات کے علاوہ، مختلف بیرونی خراش آور عاملات بھی نصلی تکوین پیدا کر سکتے ہیں، جسکے بعد قاشحات کا نمو ہو سکتا ہے ۔ اِنمیں سب سے

زیادہ عام کافور آمیز روغن (camphorated oil) ہے، جو اُن شیر خواروں اور بچوں کا نام نہاد گروہ بند نصلہ ("grouped comedo") پیدا کردیتا ہے، جنکے سینوں پر شعبی التہاب کی وجہ سے زور سے مالش کی گئی ہو۔ کافور آمیز روغن سے پیدا شدہ تفطیر میں تقیح شدید ہوسکتا ہے، جس سے وسیع اِنداب پیدا ہوجانا ممکن ہے مروخ تارپین (turpentine liniment) بھی بعض اوقات یہی حالت پیدا کردیتا ہے، اور بالخصوص میں مختلف قسم کے تار بالخصوص روغن کیڈ (oil of cade)، اور کلورین کے بخارات علی الترتیب سببِ مرض ہوسکتے ہیں ("تاری تفطیر"= "tar acne"، "کلورینی تفطیر"= "chlor-acne")۔

نصلہ کا علاج معمولی تفطیر کے تحت درج ہے۔

معمولی تفطیر

(acne vulgaris)

آیکنی (تفطیر) کی اصطلاح (لیٹری :Littre کی روایت ہے کہ ایک نقل نویس نے "آیکون" کے لفظ کو جسکے معنے ایک نقطے کے ہیں ایکنی میں بدل دیا) کا اطلاق، اُس زمانہ سے جبکہ ولین (Willan) اور بیٹمن (Bateman) نے اسے پہلے شروع کیا، متعدد جداگانہ ثورانات پر کیا گیا ہے جنمیں شعری دہنی جرابات ماؤف ہوجاتے ہیں۔ اب اِسکا استعمال نسبتہً کم وسیع طور پر کیا جاتا ہے، اور تنخری یا جدری الشکل تفطیر (acne necrotica seu varioliformis) سے قطع نظر، اب اِسے عموماً معمولی تفطیر (acne vulgaris) (کثیر الاشکال یا طفولی تفطیر= polymorphic or juvenile acne) کے لئے محفوظ کرلیا گیا ہے۔ "کثیر الاشکال" کا لقب یہ ظاہر کرتا ہے کہ یہ کوئی ایک مخصوص اور ممیز ضرر نہیں ہے بلکہ زیادہ تر متعدد مختلف الاشکال ثورانی عناصر ہوتے ہیں، جنمیں سے بعض کا غلبہ ایک اصابت میں ہوتا ہے تو دوسروں کا غلبہ دوسری اصابت میں تفطیر کے نمو میں اصلی اور ضروری معدعامل سیلان الدہن ہے، اور ابتدائی ترین ضرر عموماً نصلہ (comedo) ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہو)۔ یہ نصلہ ایک احتباسی دُویرہ

ہوتا ہے، جسکے بننے کی تحریک شعری دہنی جراب کے اندر عصیبہ تفطیر (acne bacillus) کی فاعلی بالیدگی سے ہوجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کثیر التعداد نصلات تنہا موجود ہوتے ہیں (مُنَقّط تفطیر = acne punctata)۔ دوسری اصابتوں میں سادہ نصلات کے ساتھ ملے جلے سرخی مائل رنگ کے بثور موجود ہوتے ہیں جو عموماً نصلات کے گرد بنجاتے ہیں (بثوری تفطیر = acne papulosa)۔ اور دوسری اصابتوں میں سرایت زیادہ حاد ہوتی ہے، بثور چمکدار سرخ رنگ کے اور نکیلے ہوتے ہیں، اُنکی چوٹیوں پر تقیّح واقع ہوتا ہے، اور جو پیپ پیدا ہوتی ہے وہ یا تو مرتشح ہوجاتی ہے یا خشک ہوکر پپڑیاں بنادیتی ہے، جسکے نیچے بشرہ کا حکش ہوجاتا ہے، اور ایک چھوٹا سا ندبہ باقی رہ جاتا ہے (قاحی تفطیر = acne pustulosa)۔ زیادہ شدید اصابتوں میں بڑی بڑی، متصلّب، عمیق المقام گرہیں دیکھی جاتی ہیں، جنمیں سے بعض آہستہ آہستہ عسیر الاندمال قاحات میں مبدل ہوجاتی ہیں، جنکے اندر سے پیپ کی کچھ مقدار خارج کی جاسکتی ہے، اور جنکے مندمل ہونے کے بعد بڑی جسامت کے اور گہرے ندبات باقی رہ جاتے ہیں (متصلّب تفطیر = acne indurata)۔ بعض اوقات نیلگوں سرخ، تموّجی پھوڑے بنجاتے ہیں، جو ممکن ہے کہ زیر اَدمہ کو ماؤف کردیں۔ نام نہاد "مسکہ دار دُوبیرے" ("butyric cysts") بڑے بڑے نصلات کے انحطاط پذیر ہونے سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور اُنمیں ایک نیم سیّال جبنی مادہ موجود ہوتا ہے، جسمیں ایک خاص قسم کی متلی لانے والی بُو ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ صورتوں میں مخاط آسا دُوبیرے دیکھے جاتے ہیں، جو عرصۂ دراز سے
861 مسدود شدہ دُہنی غدد کے دُوبیری انحطاط کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔

جیسا کہ بتلایا گیا ہے یہ مختلف الاقسام اضرار ایک ہی مریض میں ایک ساتھ موجود رہ سکتے ہیں، اور چند نصلات اور گاہ بگاہ بثوری قاحات سے لیکر متصلّب تفطیر تک (جسمیں بڑی بڑی اور دردناک گرہیں اور پھوڑے اور وسیع گہرا انداب ہوتا ہے)، سب درجوں کی شدت پائی جاتی ہے۔ تفطیر کی توزیع کم و بیش مستقل ہوتی ہے، اور یہ توران تقریباً ہمیشہ صرف چہرے اور پشت پر، اور نسبتہً کم عام طور پر سینے کے سامنے اور دالیہ عضلات پر واقع ہوتا ہے۔ پشت پر یہ بالخصوص کتفی خطوں کو

ماؤف کرتا ہے، اور کمر کے خط سے نیچے صرف شاذ صورتوں میں جاتا ہے۔

بحثِ اسباب ۔ وہ مختلف اضرار جو سب مِلکر معمولی تفطیر بناتے ہیں، تقریباً ہمیشہ صرف سیلان الدہنی اشخاص ہی میں واقع ہوتے ہیں، جنکی دہنی جرابات کے اندر عصیہ تفطیر بکثرت بڑھتا ہے۔ یہ مرض عموماً پہلے عمر بلوغ کے قریب قریب ہی رونما ہوتا ہے، جبکہ دہنی غدد کے نمو اور فعالیت میں بڑی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ خفیف شکل میں بلوغ سے کئی سال پہلے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ عموماً یہ سولہ اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان اپنی انتہائی شدت کو پہنچ جاتا ہے، اور پھر زوال پذیر ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور اسکے بعد سیلان الدہنی حالت کے دوسرے ظواہر، مثلاً گَرَد (calvities)، دُمیلیت (furunculosis)، انجیتر (sycosis)، اور سیلان الدہنی التہاب الجلد، رونما ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اصابتوں میں یہ دیر تک ادھیڑ عمر میں باقی رہ سکتا ہے، اور بوڑھوں تک میں نصلات اور بثوری قائحی تفطیر کا پایا جانا کسی طرح غیر عام نہیں۔ صنفی پختگی کے اثر کے علاوہ، تفطیر کے اسبابِ معتدہ وہی ہیں جو سیلان الدہنی حالت کے ہوتے ہیں، اور خاص اہمیت امور ذیل کو حاصل ہے:۔ نامناسب خوراک، اور سب سے بڑھکر میٹھی اور نشاستہ دار غذائیں اور چربی کی بعض قسمیں (جیسا کہ کینیتھ ولس Kenneth Wills: نے زور دیکر بتلایا ہے، سؤر کی چربی بالخصوص مضر ہے)، تازہ ہوا، دھوپ کی روشنی اور ورزش کی کمی، اور مزمن قبض جسکے ساتھ معوی تسمم الدم ہو۔ اس مرض کی سب سے زیادہ خراب مثالیں عموماً خنازیری قسم کی موٹی جلد والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہیں، جنمیں معوی ذاتی تسمم (intestinal autointoxication) کے علامات و امارات موجود ہوں۔ ایسے مریضوں میں سے بہت سے غدد، بار یطون، ہڈیوں اور جوڑوں کے تدرن میں مبتلا رہ چکے ہوتے ہیں، اور گہرے انداب کے وقوع کا سب سے زیادہ امکان ان ہی میں ہوتا ہے۔

علاج ۔ داخلی ۔ معمولی تفطیر کے داخلی علاج کا انحصار ہر مریض کی انفرادی علامات پر ہونا چاہیے۔ مثلاً بعض اصابتوں میں نقص الدم، کم نمک ترشگی (hypochlorhydria)، مزمن قبض، اور بول میں انڈیکن (indican) کی زیادتی

ہوتی ہے۔ چنانچہ انکے لئے صبح کے وقت مالح مفتحات، لوہا اور جبہ شامل رکھنے والی جوب، اور کھانے کے بعد مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ بیس تا چالیس قطروں کی مقدار میں ضروری ہیں۔ اسکے برعکس پُرخون اشخاص میں ایک قلوی آمیزہ (جسمیں سوڈیم بائی کاربونیٹ، پوٹاسیم سائٹریٹ، اور میگنیشیا شامل ہو) کھانے سے پہلے لیا جائے تو اکثر نفع بخش ہوتا ہے۔ خوراک کے متعلق یہ ہے کہ کاربوہائڈریٹ اور چربی کی مقدار کو محدود کرنا عموماً ضروری ہوتا ہے، اور مٹھائیاں، کیک، پیسٹری، پڈنگ، جام اور مارملیڈ (marmalade)، سور کی چربی، چاکولیٹ، اور پنیر کو بالکل ممنوع قرار دینا چاہیئے۔ تازہ پھل اور سبز ترکاریاں بکثرت اور بے چربی کا گوشت، مچھلی، مرغی، اور بطخ وغیرہ استعمال کرنی چاہئیں۔ چائے اور کافی کی زیادتی سے بھی پرہیز لازم ہے، اور اگرچہ بیر اور اسٹاؤٹ (beer & stout) اعتدال کے ساتھ غالباً مفید ہیں، شراب انگوری (wines) اور روح شراب (spirits) یقیناً نقصان کرتی ہے۔ جدرینی علاج (vaccine therapy) تفطیر میں اسقدر کامیاب نہیں جسقدر کہ دمیلیت میں، لیکن قائحی قسم میں مفید ہوسکتا ہے۔ لہن کی فعال تجہیز، کیلسیم سلفائڈ ایک گرین، دن میں تین بار بعد غذا، یا کالوسال سلفر (collosol sulphur) دو ڈرام، دن میں تین بار، بعد غذا، بغیر پانی کے، قابل آزمائش ہیں۔ بعض اصابتوں میں جنمیں جلد بطئ الفعل اور محیطی دوران خون کمزور ہو، درقیہ (thyroid) نہایت درجہ مفید ہوتا ہے، اور بے قاعدہ یا قلیل طمث والی عورتوں میں ایک فعال بیضی تجہیز آزمانی چاہیئے۔

مقامی۔ معمولی تفطیر کے مقامی علاج کا مقصد یہ ہے کہ غدد دہنیہ کی فعالیت کو کم کرکے جلد کو خشک بنایا جائے۔ اگر یہ کر دیا جائے تو اُن خرد عضویوں میں جو اضرار کا سبب ہوتے ہیں اپنی قشبیت سے محروم ہوکر ہلاک ہوجانیکا رجحان پیدا ہوجائیگا۔ اس مقصد کے حصول کا سب سے زیادہ کارگر طریقہ لاشعاعوں کے ذریعہ ہے، جنھیں کسری مقداروں میں دینا پسندیدہ امر ہے۔ اسمیں شک نہیں کہ انکے استعمال میں بہت احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ حد سے زیادہ مقداریں دینے سے جلد کا دائمی صغیر عروقی اتساعی ذبول (telangiectatic atrophy) پیدا

ہوجائیگا - لاشعاعوں کے استعمال سے دوسرے درجہ پر سریع ترین طریقہ یہ ہے کہ قوی لیئوں کے ذریعہ سے جنمیں ریسارسین (resorcin) اور گندھک موجود ہو، ماؤف حصوں کی جلد کا تسلخ پیدا کیا جائے، مثلاً نسخۂ ذیل سے :-

R|
بگیرند

Resorcin Camphor	10·0,	۱۰ حصہ	ہر دو	ریسارسین کافور
Sapo. moll virid.	15·0, "	۱۵		سپو - مال - ورڈ
Sulphur precip.	30·0, "	۳۰		سلفر پرسپ
Cretæ præpt.	5·0, "	۵		کریٹی پریپ
Paraffin, moll. flav.	10.0, "	۱۰		پیرافن - مال - فلیو
Adipis. lan. anhyd.	20·0, "	۲۰		اڈیپس لین اینہائڈ

اگر مریض گھر میں نہ رہ سکے، تو اِس لئی کو صرف شب کے وقت ہی لگانا چاہیئے - چند روز 862
کے بعد جلد سرخ اور زخمی ہوجائیگی اور اُترنا شروع ہوگی - اب بجائے لئی کے کوئی مُسکّن غسول یا زبدہ استعمال کرنا چاہیئے حتیٰ کہ تسلخ پورا ہوجائے، جسکے بعد پھر یہی اسلوب عمل مکرر اختیار کیا جا سکتا ہے - تسلخ کے لئے اِس طریقہ کے لگاتار استعمال سے خراب ترین اصابتوں میں بھی بہترین نتائج حاصل ہوسکتے ہیں، اور یہ پشت کی شدید تفطیر کے علاج کے لئے بہت مفید ہے - نسبتہً زیادہ ہلکی تدبیر ایسے غسولات، سفوفوں اور مرہموں کا لگانا ہے جنمیں گندھک، ریسارسین، سیلی سلِک ایسڈ، یا پارہ شامل ہو - ایسے صابن سے دھونیکے بعد جنمیں گندھک اور سیلی سلِک ایسڈ (ہر ایک کے ۲ تا ۱۰ فیصدی) موجود ہوں، اور نصلات اور قائحات کو دبا کر مواد نکالدینے کے بعد مندرجۂ ذیل غسولات میں سے کسی ایک کو روزانہ دو بار اچھی طرح لگا سکتے ہیں :-

(1) R|
بگیرند

Potass sulphidi ʒi,	ایک ڈرام		پوٹاس سلفائیڈ
Zinc sulpht. ʒi	"		زنک سلف
Aqua rosæ ad. ℥iv;		ملا کر کل ۴ اونس ہوجائے	ایکوا روزی

(2) R|　　بگیرند

Resorcin gr. x to xx	۱۰ - ۲۰ گرین	ریسارسن
Boracis purif. gr. x	۱۰ "	بوراسس پیورف
Zinc oxid.	} ہردو ۱۵ "	زنک آکسائیڈ
Calaminæ. āā gr. xv		کیلامین
Glycerini m. xxx	۲۰ قطرے	گلسرینی
Eau de cologne m. xxx	۳۰ "	یوڈی کولان
Aqua calcis ad. ℥i		ایکوا کیلکس ملاکر ایک اونس ہو جائے

دوا آمیز صابن جسمیں گندھک اور سیلی سیلک ایسڈ شامل ہو اچھی طرح لگا کر صابن کے پھین کو چند منٹ تک لگا رہنے دیا جائے تو ممکن ہے کہ صرف یہی خفیف اصابتوں کو شفا بخشنے کے لئے کافی ہو۔ چہرے کے لئے ایک مناسب سفوف ٹالک (talc) اور زنک آکسائڈ (zinc oxide) کے مساوی حصّوں سے بنتا ہے جسمیں گندھک دو تا پانچ فیصدی شامل ہوتی ہے۔ تفطیر کے کامیاب علاج کے لئے ضروری ہے کہ خوراک کے مقررہ اصول کی سختی کے ساتھ پابندی کیجائے، مریض گھر سے باہر روزانہ خاصی ورزش کرے، قبض نہ ہونے دیا جائے، جلد کو خشک رکھا جائے، اور فضلات اور فاسُحات کو باقاعدگی کے ساتھ خالی کردیا جائے۔ سیلان الدہن اور تنخیل الراس (pityriasis of the scalp) جو ہمیشہ تفطیر کے ساتھ ہوا کرتے ہیں، اُنکا علاج بار بار تند لک سے اور ایک ایسے غسولِ شعری کے استعمال سے کیا جائے جسمیں ہائڈرارج پرکلورائڈ اور سیلی سیلک ایسڈ اور (قطع نظر اُجلے یا بھورے رنگ کے بال والوں کے) ریسارسین شامل ہو۔

اگر علاج شمسی یا کلّی ماورائے بنفشئی روشنی کے غسل (total ultra violet light baths) مناسب مقداروں میں استقلال کے ساتھ جاری رکھے جائیں تو اِنسے کسی دوسری قسم کے مقامی علاج کی نسبت زیادہ پائدار نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

سیلان الدہنی التہابِ جلد

(seborrhœic dermatitis)

"سیلان الدہنی التہابِ جلد" کی اصطلاح ثورانات کے ایک گروہ پر مشتمل ہے جنھیں مختلف مشاہدین نے مختلف ناموں سے یاد کیا ہے۔ مثلاً واضح الحدود حزازہ (lichen circumscriptus) (Willan & Bateman)، حلقہ دار دبیجی حزازہ (lichen annulatus serpiginosus) (Erasmus Wilson)، پیچدار تنخیل (pityriasis circinata) (Bazin)، سیلان الدہنِ جسم (seborrhœa corporis) (Duhring)، سیلان الدہنی اکیزیما (eczema seborrhœicum) (Unna)، سیلان الدہنی ثوران (seborrhœides) (Audry, Brocq)، "فلالینی طفحہ" ("flannel rash") وغیرہ - ڈاریئر (Darier) نے انکے لئے "ایکزیمی ثورانات" (eczematides) کی اصطلاح تجویز کی ہے، اور اسطرح انکا اکیزیما کے ساتھ قریبی سریری اور نسیجیاتی تعلق ظاہر کیا ہے۔

سیلان الدہنی التہابِ جلد کی تین خاص قسمیں شناخت کی جا سکتی ہیں (19):-

(۱) شکل دار قسم (پیچدار تنخیل pityriasis circinata: ، براک کا شکل دار وسطانی صدری دارالجلد medio-thoracic dermatosis: ، ڈھرنگ کا سیلان الدہنِ جسم seborrhœa corporis: ، سبورالڈ کی شحمی تنخیل pityriasis steatoides: ، "فلالینی طفحہ": ("flannel-rash")- (۲) تنخیل نما قسم - (۳) صدفیہ نما قسم (psoriasiform type)- لیکن اسکا اعتراف ضروری ہے کہ یہ امتیازات مصنوعی ہیں، کیونکہ انکا کچھ انحصار اس خاص مقام پر ہوتا ہے جو ماؤف ہوا ہو، اور ممکن ہے کہ یہ سب قسمیں ایک ہی مریض میں ایک ساتھ موجود ہوں۔

۱- شکل دار قسم (figurate type) - یہ زیادہ تر پیش قصی اور بین کتفی خطوں میں نہایت تمثیلی طور پر دیکھی جاتی ہے، جہاں سے یہ جانباً پھیل سکتی ہے اور جلد الراس پر، جہاں سے یہ پیشانی پر (سیلان الدہنی اکلیل =corona seborrhœica)

کنپٹیوں پر، اور کانوں کے پیچھے وسعت حاصل کر سکتی ہے۔ دھڑ پر اسکے اِرتقاء کا مطالعہ بہترین ہو سکتا ہے۔ مشاہدہ کیا جائیگا کہ التہابی عمل شعری دہنی جرابات کے دہنوں پر شروع ہوتا ہے، چنانچہ یہ ثوران اولاً جرابی ہوتا ہے۔ پھر بین جرابی رقبے ماؤف ہو کر بنکھڑی نما چکتیاں بنجاتی ہیں، جو باہم مل کر شکلدار بنجاتی ہیں۔ یہ چکتیاں اپنے پھیلتے ہوئے حاشیوں پر جو کہ قدرے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں گلابی مائل یا چمکدار سرخ رنگ کی ہوتی ہیں اور مرکز میں زردی مائل یا بادامی رنگ کی۔ یہ چربیلے چھلکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ اِس ثوران سے بہت کھجلی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ محسوس بھی نہ ہو اور سالہا سال تک موجود رہے۔ یہ سیلان الدہنی اشخاص میں نہایت عام ہوتا ہے، بالخصوص اُنمیں جو جلد کے قریب فلالین کے کپڑے یا حد سے زائد درونی جامے پہنتے ہیں اور یہ اکثر دوسرے سیلان الدہنی ثورانات، مثلاً گلابی تفطیر، انجیریہ، دُمبلیت وغیرہ کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔

863 ۲۔ تنخیل نما قسم (pityriasiform type)۔ یہ قسم جلد کے ایک زیادہ منتشر قسم کے سیلان الدہنی التہاب کی آئینہ دار ہے۔ یہ بیضوی، گول، یا بے قاعدہ چکتیوں کی شکل میں ہوتی ہے، جو قدرے چھلکے دار، اپنی جائے وقوع کے لحاظ سے خشک یا چربیلی، اور رنگ میں گلابی یا گلابی مائل زرد ہوتی ہیں۔ یہ جلد الراس، گردن، اور دھڑ کے بالائی حصے پر یا اُنکے گرد، اور مفصلی تعریجات، مثلاً بغلوں، پیش مرفقی حفرات، مابضی فضاؤں، اور چڈوں میں، اور بین سرینی درز میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ خشک جلد والے اشخاص میں جوارح کی باسط سطحات پر بھی موجود ہو سکتی ہیں، اور اِنمیں قرنی طبقہ کی جراحت پذیری بلاشبہ سرایت کے وقوع میں ممد ہوتی ہے۔ بعض اوقات اِس قسم کے سیلان الدہنی التہاب جلد کے حاد حملے دھڑ پر ہو جاتے ہیں، اور یہ ثوران گلابی تنخیل (pityriasis rosea) سے قریبی طور پر مشابہ ہو سکتا ہے، لیکن اول الذکر کے چھلکوں میں "عصیّہ قنینی" ("bottle bacillus") کی فاعلی بالیدگی کی حالت میں موجودگی اِن کے درمیان امتیاز کے لئے کافی ہوتی ہے۔ ثانوی اکزیمیت واقع ہو سکتی ہے، بالخصوص جلد الراس، کانوں، گردن، اور مفصلی تعریجات پر، جسکی وجہ سے یہ ثوران سرخ، آبلہ دار اور

مصلی ارتشاح کی وجہ سے تر ہو جاتا ہے۔

۳ - صدفیہ نما قسم (psoriasiform type) - اِس قسم میں التہاب سابق اقسام کی نسبت زیادہ گہرا اور زیادہ شدید ہوتا ہے۔ چکتیاں زیادہ درریختہ زیادہ سیاہ سرخ رنگ کی اور زیادہ موٹے، کم و بیش چپکے ہوئے چھلکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ صدفیہ سے نہایت قریبی طور پر مشابہ ہوں۔ درحقیقت بعض اصابتوں میں محتاط خوردبینی امتحان کے بغیر انکی تفریقی تشخیص مشکل ہو سکتی ہے۔ یہ ثوران ایک منفرد مزمن چکتی کے طور پر واقع ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وسیع طور پر پھیلکر بڑی جسامت کے التقائی رقبے بنا دے۔ اِنمیں خارش عموماً ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، اور شدید ہو سکتی ہے۔ ہمیشہ کھرچنے اور مسلنے سے حزازیت پیدا ہو سکتی ہے۔

مرضی تشریح - اگرچہکہ سیلان الدہنی التہاب جِلد کی مختلف قسمیں اپنی نسیجیاتی شکلوں میں بہت مختلف ہوتی ہیں، تاہم اصلی اضرار بیشتر مماثل ہوتے ہیں اور اِسفنجیت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں، گرد قرنیت (parakeratosis)، سپید خلیوں کو محصور کرنے والے خشک مصل سے بنی ہوئی پپڑیوں، داء الشوکیہ (acanthosis) اور اُڈیما پر مشتمل ہوتے ہیں جسکے ساتھ اَدمہ کی گِرد عروقی خلوی درریزش موجود ہوتی ہے۔ لہٰذا نسیجیاتی تغیرات اکزیما نما قسم کے ہوتے ہیں، لیکن اِسفنجیت نسبتہً کم نمایاں ہوتی ہے، اور وہ اور گرد قرنیت دونوں حقیقی اکزیما کی نسبت زیادہ غیر ملتقی ہوتی ہیں سیلان الدہنی التہاب جلد کی صدفیہ نما قسم نسیجیاتی اور سریری لحاظ سے صدفیہ سے مشابہت رکھتی ہے، لیکن تحقیقات (20) سے ظاہر ہوگیا ہے کہ نسیجیاتی اختلافات ایسے ہوتے ہیں کہ اِن دونوں میں یقینی امتیاز کیا جا سکتا ہے۔ زیادہ اختلافات یہ ہیں کہ اول الذکر میں اوپری تہیں نہ صرف نوات دار قرنی خلیتوں سے، بلکہ اُن پپڑیوں سے بھی بنتی ہیں جنکا اوپر تذکرہ کیا گیا ہے۔ گرد قرنیت اکثر غیر مسلسل ہوتی ہے۔ بَر اَدمہ کے مُخلیمی جسم میں اسفنجیت کے چھوٹے چھوٹے رقبے پائے جاتے ہیں، جو یک نواتی سپید خلیوں کو محصور کرتے ہیں، نہ کہ کثیر النوات خلیوں کو جیسا کہ صدفیہ میں ہوتا ہے۔ یہی رقبے جب یہ قرنی طبقہ تک پہنچ جاتے ہیں تو پپڑیاں بنجاتے ہیں۔ مخصوص تلوینی طریقوں

سے یہ بھی بتلایا جا سکتا ہے کہ درآنحالیکہ صدفیہ کے اضرار نمایاں طور پر غیر خرد عضویتی ہوتے ہیں، سیلان الدہنی التہابِ جلد کے اضرار نہایت فاعلی خرد عضویتی بالیدگی ظاہر کرتے ہیں۔

بحثِ اسباب ۔ سیلان الدہنی التہابِ جلد، جلد کی ایک منتشر بالذلت سمجھی جا سکتی ہے، جو خرد عضویتی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ بہ الفاظ دیگر وہ ایک ساری برادمی التہابِ جلد (infective epidermo-dermatitis) ہے۔ اُس کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ اُس کے اضرار کے اندر تنخیلی بذوریہ (pityrosporon) اور نبقات عنبیہ فاعلی بالیدگی کی حالت میں موجود ہوتے ہیں۔ اِسطرح وہ دراصل صدفیہ سے، نیز گلابی تنخیل (pityriasis rosea) سے مختلف ہوتا ہے جنمیں تنخیلی بذوریہ غیر موجود ہوتا ہے۔ ڈاؤلنگ (Dowling) کا خیال ہے کہ سیلان الدہنی التہابِ جلد کی تمام قسمیں اولی طور پر تنخیلی بذوریہ کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ سچ ہو لیکن اغلب ہے کہ وہ اختلافات جو اِس نوران کی سریری قسموں کو ممیز کرتے ہیں، خاص کر سرایت رساں نبقہ عنبیہ کی قسم اور قشبیت پر منحصر ہوتے ہیں۔ سیلان الدہنی حالت ان عضویوں کی فاعلی بالیدگی کے لئے خاص مُعدِ عامل ہے، اور جیسا کہ اشارہ کیا گیا ہے قرنی طبقہ اور دہنی غدد میں کی چربی کی ترکیب کا تغیر ہی غالبًا اِنکی بالیدگی میں ممد ہوتا ہے۔ اِسی سبب سے سیلان الدہنی التہابِ جلد کی توزیع عموماً اُن رقبوں سے متناظر ہوتی ہے جنمیں غدد دہنیہ سب سے زیادہ بڑے اور زیادہ فاعلی ہوتے ہیں یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ جسمانی صفائی کی کمی اور حد سے زائد لباس پہننا مزید مُعدِ اسباب ہیں۔

864 **علاج** ۔ داخلی علاج وہی ہے جو سیلان الدہنی حالت کا ہوتا ہے، اور جو مقامی تدابیر اختیار کرنے چاہئیں اُنکا انحصار التہابی عمل کی قسم اور شدت پر ہوگا۔ متکلدار قسم جو پُشت اور سینہ پر اسقدر اکثر الوقوع دیکھی جاتی ہے، گندھک کے لاستعمات سے بسرعت اچھی ہو جاتی ہے، مثلاً نسخۂ ذیل سے:۔

R/ | بگیر ند

Sulphur præcip gr. x to xx ۱۰ تا ۲۰ گرین | سلفر پریسپ

Resorcin gr. x — ریسارسن ۱۰ گرین

Past. zinci comp. B. P. C. ad. oz. i. — پیسٹ زنکائی کمپ بی پی سی ملاکر کل ایک اونس کرلیا جائے۔

اُن خشتر تخیل نما چکتیوں کے لئے، جو بالخصوص مفصلی تعریجات میں، کانوں کے پیچھے اور گردن پر واقع ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ گندھک حد سے زائد خراش پیدا کردے۔ انکے لئے اکتھیال اور ٹار ایک مرہم یا لئی کی صورت میں زیادہ مناسب ہیں، مثلاً نسخہ ذیل:-

R/ — بگیرند

Ichthyol gr. v — اکتھیال ۵ گرین

Liq. picis carbonis gr. xxx to dm. i — لکر پائسس کاربونس ۳۰ " تا ایک ڈرام

Past. zinci comp. B. P. C. ad oz. i — پیسٹ زنکائی کمپ بی پی سی ملاکر کل ایک اونس کرلیا جائے۔

صدفیہ نما قسم میں زیادہ فعال تجہیزات ضروری ہیں، مثلاً روغن کیڈ (oil of cade)، خام کولتار کی وہ لئی (crude coal-tar paste) جسکی ایکزیما کی مزمن چکتیوں کے لئے سفارش کی گئی ہے، بلکہ کرس اروبین (chrysarobin)- لاشعاعیں بہت مفید ہیں، مگر اُنکی معتاد کی نگرانی اور تنظیم احتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے۔

سیلان الدہنی التہاب جلد کی تمام اصابتوں میں جلد الراس کا علاج کرنا ضروری ہے، کیونکہ یہی اکثر اوقات سرایت کا اصلی منبع ہوتی ہے۔ مردوں میں کولتار صابن کے ساتھ اسکا تدلک ہفتہ میں دو یا تین بار کرنا چاہئے اور تدلک سے اگلی راتوں کو مندرجہ ذیل پومیڈ (pomade) کی خوب مالش کرنی چاہئے:-

R/ — بگیرند

Sulphur præcipit gr. xv to xxx — سلفر پرسیپٹ ۱۵ تا ۳۰ گرین

Acid salicylici gr. x to xx — ایسڈ سیلی سلائی ۱۰ تا ۲۰ "

Vaselin alb. dm. ii — ویسیلین البب ۲ ڈرام

Ol. cocois nuciferiæ ad. oz. i — اول کوکائس نوسی فری ملاکر کل ایک اونس کرلیا جائے

Perfume q.s. خوشبو بقدر کفایت

ہر روز علی الصباح مندرجۂ ذیل غسول استعمال کیا جاتا ہے :-

R| بگیرند

Resorcin gr. x ریسارسن ۱۰ گرین

(اُن لوگوں میں جنکے بال اُجلے رنگ کے یا بھورے ہوں اِسے حذف کردینا چاہیئے)

Acidi salicylici gr. x ایسڈائی سیلی سلائی ۱۰ گرین

Hydrarg. perchloridi gr. $\frac{1}{6}$ ہائڈرارج پرکلورائیڈائی $\frac{1}{6}$ "

Ol. lavandulæ m. ii. اولیم لیونڈیولی ۲ قطرے

Ol. ricini m. x اولیم رسنائی ۱۰ "

Spt. vini meth. indust. ad. oz. i سپرٹ وانائی میتھ انڈسٹ ملا کر کل ایک اونس

عورتوں میں بالوں کا تدلک ہفتہ میں ایک یا دو بار کرنا چاہیئے، اور تدلک سے اگلی رات میں پومیڈ مل دینا چاہیے۔ مندرجۂ بالا غسول روزانہ استعمال کرنا چاہیئے، مگر نسخہ سے روغن بیدانجیر کو حذف کردینا چاہیئے۔ لیکن اِس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ پومیڈ میں کی گندھک سے چہرے اور گردن میں خراش نہونے پائے، لہذا اُن راتوں میں جنمیں پومیڈ ملا جائے، ایک نہانے کی ٹوپی (bathing-cap) پہن لینا چاہیئے۔

نہایت شدید سیلان الدہنی التہابِ جلد کی اصابتوں میں، یا اُسوقت جب کہ ایکزیمیت واقع ہوگئی ہو، مسکن لاسقات (soothing applications) استعمال کرنے چاہئیں، مثلاً مروخ کلامائن (calamine liniment)، یا اکتھیال کا ایسا زبدہ (ichthyol cream)، جیسا کہ مندرجۂ ذیل :-

R/ بگیرند

Ichthyol gr. v اکتھیال ۵ گرین

Ol. olivæ, Zinci oxidi aā oz ss., اول الیوی، زنکائی آکسیڈائی ہر دو نیم اونس

ایڈیپ لینی این ہائڈ ایک ڈرام Adip. lanæ anhyd.. dm. i
ایکوا کیلکس ۳ Aqua calcis dm. iii

اور ماؤف حصوں کو صاف کرنے کے لئے صبح و شام روغن زیتوں کام میں لانا چاہیے۔

جراثیمی امراض ۲- عُصَیّتی

نصلہ (comedo)........عصیۂ تفطیہ (B. acnes) (صفحہ 860)-
جذام (leprosy)........عصیۂ جذام (B. lepræ) (صفحہ 1016)-
سراجہ (glanders)........عصیۂ سراجہ (B. mallei) (صفحہ 91)-
حمرہ (anthrax)........عصیۂ حمرہ (B. anthracis) (صفحہ 92)-
خناق وبائی (diphtheria) عصیۂ خناق وبائی (B. diphtheriæ) (صفحہ 63)-
تدرّن (tuberculosis) عصیۂ درنیہ (B. tuberculosis) (صفحہ 83)-
قرحۂ رخوہ (نرم قرحہ soft sore) ڈکری اُننا کا عصیۂ سبحیہ (strepto-bacillus of Ducrey-Unna) (صفحہ 875)-
انفی صلابتی سلعہ (rhinoscleroma) عصیۂ فرش (B. of Frisch) (صفحہ 877)-
سرخباد نما (erysipeloid).... خنزیری سرخباد کا عصیۂ (صفحہ 877)-

تدرّن

(TUBERCULOSIS)

جلد کے فاعلی تدرّن کی جماعت بندی حسب ذیل کی جا سکتی ہے:-
(۱) وَرَنی اَکولہ - (۲) وَرَنی قرحہ - (۳) وَرَنی صمغیہ - (۴) بروقی ذئبہ (lupus verrucosus) - (۵) معمولی ذئبہ (lupus vulgaris) آخرالذکر دو اور درنیات (tuberculides) اور لحمیات (sarcoids) کا بیان اب درج کیا جاتا ہے۔

معمولی ذئبہ

(lupus vulgaris)

جلد کے تدرن کی یہ قسم، جو نہایت عام طور پر معلوم ہے، خوش قسمتی سے کم عام ہوتی جاتی ہے اور اب وہ ہولناک تجدیعات، جنھیں یہ مرض پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتا ہے مقابلتہً شاذ ہی دیکھنے میں آتی ہے۔ ذئبہ کا اوّلی ضرر ایک ممیز ذخنی گرھک ہے، جو جِلد کے اندر مدفون ہوتی ہے، اور نسیجیاتی لحاظ سے ایک
دقیق ساری ذرّاتی سلعہ (infective granuloma) کی حیثیت رکھتی ہے۔ اُسے 865
بہ نظر سہولت ایک ذئبی سلعہ (lupoma) کہہ سکتے ہیں۔ جسامت میں وہ ایک الپین کے سر سے لیکر بڑے مٹر کے دانہ کے برابر ہوتا ہے۔ رنگ میں وہ زردی مائل سرخ سے لیکر بھورے سرخ تک مختلف ہوتا ہے، جسکے ساتھ کبھی کبھی نیلگوں جھلک پائی جاتی ہے۔ وہ جلد کی سطح پر ایک اُبھرا ہوا بثرہ یا گرھک بنا سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ بالکل نہ اُبھرے۔ وہ نیم شفاف نظر آتا ہے، قوام میں نرم ہوتا ہے، اور ایک نوک دار دیا سلائی سے بہ آسانی چھیدا جا سکتا ہے۔ ذئبہ کی ایک چکتی کا آغاز اسطرح ہو سکتا ہے کہ اِس قسم کی ایک منفرد گرھک نمودار ہو جائے، جو بتدریج بڑی ہوتی جاتی ہے، اور اُسکے قریب دوسری گرھکیں بنتی جاتی ہیں، یا ممکن ہے کہ دو تین یا زائد گرھکیں ہمزمان طور پر پیدا ہو جائیں۔ یہ چکتی انفرادی گرھکوں کے بڑھنے اور نئی گرھکیں بننے سے پھیلتی جاتی ہے اور یہ جداگانہ اضرار بتدریج ملتقی ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ زجاجی دباؤ کے نیچے ذئبی گرھکیں ایک نہایت ممیز منظر پیش کرتی ہیں۔ ہچن سن نے ٹھیک کہا کہ یہ سیب کی جیلی کے دھبوں کی طرح نظر آتی ہیں جو جِلد کے اندر مدفون ہوں، اور انکی نیم شفافیت کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ لچکدار اور اتصالی بافت کا جال مقامی طور پر غائب ہو جاتا ہے۔

اگر ذئبہ کی چکتی کو بلا علاج کئے چھوڑ دیا جائے تو اُسمیں دو تغیرات میں سے ایک تغیر واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں مرکز میں خود بخود اندمال واقع ہو جاتا ہے، اور کناروں پر تازہ گرھکیں بنکر یہ چکتی آہستہ آہستہ پھیلنے کا رجحان

رکھتی ہے۔ لیکن مرکزی نرم سپید ندبہ میں چند گرھکیں باقی رہتی ہیں یا از سرِ نو پیدا ہو جاتی ہیں، اور یہ ممیز خاصّہ ذئبہ اور دبیب ناریہ (serpiginous syphilides) کے درمیان تفریقی تشخیص میں اہمیت رکھتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں بر اُفتادہ بر آوردہ تلف ہو جاتا ہے، چنانچہ ثانوی ریم زا سرایت کے ساتھ تقرح واقع ہو جاتا اور حصفہ نما پپڑیاں بنجاتی ہیں۔

مندرجۂ بالا اعمال میں سے ایک یا دوسرے کے غلبہ کے لحاظ سے اِس مرض کے سریری مظاہر نہایت مختلف الاقسام ہوتے ہیں۔ مثلاً بعض اصابتوں میں یہ گرھکیں چھوٹی اور سطحی ہوتی ہیں، اور چکتی سرخ، چھلکے دار، اور گردوپیش کی جلد کے لیول سے اوپر بمشکل اُبھری ہوئی ہوتی ہے یا بالکل نہیں اُبھرتی۔ یہ قسم احمراری نما ذئبہ (lupus erythematoides:) اکثر غلطی سے احمرارئ ذئبہ (lupus erythematosus) سمجھ لی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ زجاجی دباؤ لگانے سے ممیز سیب کی جیلی جیسی گرھکیں دکھلائی دیں، لیکن بعض اوقات یہ صرف خوردبینی امتحان سے شناخت ہو سکتی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں یہ گرھکیں بڑی، ملتقی اور اُبھری ہو کر ایک سلعہ (ذئبہ متورم یا بلیش پرورشی = L. tumidus or hypertrophicus) بنا دیتی ہیں۔ بعض اوقات، غالباً ثانوی ریم نبتی سرایت کی وجہ سے، ایک متقرح چکتی حلیمی سلعہ نما قبتیں پیدا کر دیتی ہے، جو ابتداءً نرم ہوتی ہیں اور بعد میں ثولول نما ہو کر بروقی ذئبہ (lupus verrucosus) سے (جو ملاحظہ ہو) مشابہت رکھتی ہیں (حلیمی سلعہ نما ذئبہ: lupus papillomatosus)۔ وہ چکتیاں جو حاشیوں پر متقرح ہوتی اور مرکز میں خود بخود اندمال پذیر ہوتی ہیں، متقرح ناریہ (ulcerating syphilides) کی مشابہت پیدا کر دیتی ہیں۔ پہلے ذئبہ (دبیب ذئبہ = L. serpiginosus) کی غیر متقرح اقسام کو ذئبہ غیر ہادم (L. non-exedens) اور متقرح اقسام کو ذئبہ ہادم (L. exedens) کہتے تھے، لیکن یہ تفریق کسیقدر مصنوعی ہے۔ متقرح ذئبہ کی خبیث ترین قسم (شرہیہ یا آکل ذئبہ = lupus vorax seu phagedænicus) خوش قسمتی سے شاذ ہے۔ یہ سرعت کے ساتھ نہایت ہولناک اتلاف اور تشوّہ پیدا کر سکتی ہے۔

ذئبہ کا عمل دراصل مزمن ہے اور اُسکا پھیلاؤ غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ اگرچہ کہ عموماً خود بخود عکس اور اُسکے ساتھ انداب واقع ہوجاتا ہے، تاہم یہ مرض محیطاً پھیلتا ہے، انداب یافتہ رقبہ میں گڑھے پیدا ہوجاتے ہیں، اور بجز ذئبۂ منتشرہ (lupus disseminatus) کی حالت کے قدرتی شفا کا وقوع نہایت شاذ ہوتا ہے۔

توزیع۔ ذئبہ جلد اور مخاطی اغشیہ دونوں کو ماؤف کرتا ہے۔ وہ جلد سے مخاطی اغشیہ پر پھیل سکتا ہے، لیکن جیسا کہ آڈری (Audry) مُصر ہے، اسکے برعکس ہونا اُس سے بہت زیادہ عام طور پر صحیح ہے جتنا کہ ابتداءً خیال کیا گیا تھا۔ جلد پر ذئبہ کا عام ترین محلِ وقوع چہرہ ہے (سیکویرا: Sequeira کی رائے کے مطابق ۷۰ فیصدی اصابتوں میں)۔ ایملائن جونس (Emlyn Jones) نے دریافت کیا کہ یہ مرض ۲۰ فیصدی اصابتوں میں ناک کے قریب شروع ہوا، اور ۵۴ء۴ فیصدی اصابتوں میں چہرے کے دوسرے حصوں میں جنمیں کان شامل ہیں۔ ۸ء۱ فی صدی اصابتوں میں لب، ۱۳ فیصدی سے زائد اصابتوں میں گردن، اور ۵ء۸ فیصدی اصابتوں میں دھڑ اور جوارح اوّلی محلِ وقوع تھے۔ یہ جلد الراس، پیشانی، بالائی پپوٹوں، اعضائے تناسل، بغلوں، یا ہتھیلیوں اور تلووں پر شاذ ہی دیکھنے میں آتا ہے۔

مخاطی اغشیہ اصابتوں کی فیصدی بہت بڑی تعداد میں ماؤف ہوتے ہیں (سیکویرا کے مریضوں میں ۲۵ء۳۴ فیصدی میں، کرسچین سن Christiansen: کے مریضوں کے گروہ میں فنسن انسٹیٹیوٹ میں ۸۰ فی صدی میں)۔ ناک، منہ، تالو، بلعوم، حنجرہ، زبان، انفی قنات، تاچشمہ دمعی ملتحمہ، اور درمیانی گوش ماؤف ہوسکتے ہیں۔ ناک نسبتۃً عام ترین محلِ وقوع ہے
866 اور اکثر اوقات جلد کی ماؤفیت کا اوّلی منبع ہوتی ہے۔ بعض اوقات سرایت انفی قنات کی راہ سے اوپر پھیلکر زیرین پپوٹے اور ملتحمہ میں پہنچ جاتی ہے، یا وہ ملتحمہ کے ایک اوّلی درفی ضرر سے نیچے کی طرف پھیلکر انفی مخاطی جھلّی کو، اور وہاں سے جلد کو ماؤف کرسکتی ہے۔ تالو اور بلعوم پر، اور منہ کے اندر، ذئبہ ایک گلابی مائل سرخ رنگ کی حُلمہ دار جھلّی کے طور پر نمودار ہوتا ہے، جسکے ساتھ جابجا چھوٹے چھوٹے قرحے ہوتے ہیں، جو پھیلکر سارے رقبہ کو متقرح اور پپڑی دار بنا دیتے ہیں۔ مسوڑھوں

پر وہ متورم، سرخ، لحمی ارکیے پیدا کردیتا ہے، اور دانت اکثر ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ زبان پر، جو ایک شاذ محلِ مرض ہے، عموماً ایک حلیمی سلعہ نما چکتی پیدا ہو جاتی ہے، لیکن تقرح کا وقوع بھی ممکن ہے۔

بحثِ اسباب۔ اِس مرض کا سبب یہ ہے کہ عصیّہ درنیہ (tubercle bacillus) جلد میں یا مخاطی اغشیہ میں دراصل بالیدگی حاصل کرتا ہے۔ یہ عصیّہ یا تو انسانی ہو سکتا ہے یا بقری، اور اِن دونوں کا تناسب مختلف ملکوں میں مختلف ہوتا ہے۔ گریفتھ (Griffith) اور دوسروں کی تحقیقات سے ظاہر ہے کہ بیشتر اصابتوں میں عصیّہ کی نسل، خواہ وہ انسانی ہو یا بقری، ادنیٰ تشبیت کی ہوتی ہے۔ اگرچہ ذئبہ ہر عمر میں شروع ہو سکتا ہے، تاہم نصف سے زائد اصابتوں میں وہ دسویں سال سے پہلے، اور ۸۰ فیصدی سے زائد اصابتوں میں بیسویں سال سے پہلے نمودار ہوتا ہے۔ وہ مردوں کی نسبت عورتوں میں دُگنے سے زیادہ عام ہوتا ہے، اور جنوب کی نسبت شمالی یورپ میں بہت زیادہ ہوتا ہے، جسکی وجہ بلاشبہ سورج کی روشنی کی کمی ہے، اور نوآبادیات، مدارین، اور امریکہ میں مقابلتہً شاذ ہوتا ہے۔ وہ عموماً خنازیری اشخاص کو ماؤف کرتا ہے، جو اوائل عمر ہی میں دَرنہ سے سرایت زدہ ہو گئے ہوں، اور اکثر تدرّن کی قوی خاندانی سرگذشت پائی جا سکتی ہے۔ وہ تقریباً ہمیشہ درنی غدی التہاب (tubercular adenitis) کے ساتھ، اور بعض اوقات ہڈیوں، جوڑوں، یا باریطون کے تدرّن کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ جیسا کہ بیسنیئر (Besnier) نے بتلایا ہے، مسلول اشخاص میں ذئبہ نہیں پیدا ہوتا، مگر ذئبہ کے مریض اکثر سلِ ریوی میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

جِلد کی سرایت کے اصلی طریقہ کے متعلق یہ ہے کہ اُسکا وقوع (۱) براہِ راست باہر سے، یا (۲) عمیق تر درنی ماسکوں سے یا مخاطی اغشیہ سے توسیع کے ذریعہ، یا (۳) جوئے خون کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ پہلا طریقہ غالباً عام ہے اور بلاشبہ اُسی سے اِس مرض کے اکثر ناک میں یا اُسکے گرد و پیش واقع ہونے کی توجیہ ہوتی ہے، اور اِس صورت میں اِسکا عضویہ گرد و غبار سے یا اُنگلیوں کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ ایسی اصابتیں بھی مرقوم ہیں جنمیں یہ جدرین رسانی یا گودنے (tatoo) کے نشانوں میں یا بالیوں

اور بندوں وغیرہ کے لئے کانوں کو چھیدنے کے بعد شروع ہو گیا ہو۔

دوسرے طریقہ کی مثالیں اُسوقت ملتی ہیں جبکہ اُن درنی غدد کے اوپر کی جلد میں جو پھوٹ گئے ہوں یا نکالدئے گئے ہوں ذئبہ پیدا ہو جائے، یا جب سرایت انفی مخاطی جھلی سے، یا براہِ انفی قنات ملتحمہ سے پھیل جائے۔ تیسرا طریقہ ذئبہ کی اُن متعدد منتشر چکتیوں کی توجیہ کرتا ہے جو کھسرا یا کالی کھانسی کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں، اور اغلب یہ ہے کہ جوئے خون کی راہ سے جلد کی سرایت کا وقوع اس سے زیادہ عام ہے کہ جتنا عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ برادمہ عموماً مدبول ہو جاتا ہے، اور اُسکے نیچے درنی بافت کا ایک تودہ ہوتا ہے، جو لمفی خلیتوں، سرطلمہ آسا اور پلازمائی خلیتوں، اور کہیں کہیں تمثیلی عفریتی خلیتوں کے نظامات پر مشتمل ہوتا ہے۔ لچکدار اور اتصالی بافت کا اور عروقِ دمویہ کا اتلاف ہوتا ہے، اور نوساختہ بافت میں حقیقی تجبن کے بغیر انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ نسیجیاتی تصویر قدرتی طور پر مرض کی قسم کے لحاظ سے، اور تقرح اور ثانوی سرایت کی موجودگی یا غیر موجودگی کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ درنی عصیات بتلائے جا سکتے ہیں، لیکن عموماً صرف سلسلہ وار تراشوں میں طویل جستجو کے بعد۔

تشخیص ۔ ذئبہ پر غلطی سے حسب ذیل حالتوں کا گمان ہو سکتا ہے:- ثالثی آتشک، قرحۂ قارضہ (rodent ulcer)، گرہکی جذام (nodular leprosy)، ذئبہ آسا انجیریہ (lupoid sycosis)، لحمیہ (sarcoid) کے بعض اقسام، اور ذئبہ احمراری (lupus erythematosus)۔ عدمِ احتیاط کی وجہ سے وہ عموماً حصفہ (impetigo)، حصفیت یافتہ اکزیما (impetiginised eczema) اور صدفیہ (psoriasis) کے ساتھ خلط ملط کر دیا جاتا ہے۔

ثالثی ناریہ (tertiary syphilide) سے ذئبہ کی تشخیص سن آغاز مرض سے، طویل سرگذشت مرض سے [کیونکہ باستثناء ذئبہ شریہہ: (lupus vorax) کے، ذئبہ اُس وسعت کے اضرار پیدا کرنے کے لئے سالہا سال لیتا ہے جو چند ہفتوں یا مہینوں کا ناریہ پیدا کر دیتا ہے]، اُسکی گرہکوں کے نرم قوام اور زجاجی دباؤ لگانے پر اُنکے سیب

کی جیلی جیسے منظر ہے، اور مرکزی ندبہ میں گرہکوں کی موجودگی سے ہو سکتی ہے۔ ذئبہ ہڈیوں کا تنخر کبھی واقع نہیں کرتا۔ تعالجِ آزمائش ہمیشہ کرنا چاہئے، حتیٰ کہ اُسوقت بھی جبکہ ذئبہ کی تشخیص یقینی ہو، کیونکہ مخلوط اصابتیں بھی ہوا کرتی ہیں (یعنے پیدائشی آتشک کے مریض 667
میں اکثر ذئبہ ہوتا ہے) جنہیں دافع آتشک علاج سے حیرت انگیز اصلاح ہو جاتی ہے۔

بعض اصابتوں میں احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) سے تشخیص مشکل ہو سکتی ہے۔ ایسی حالت میں خاص تفریقی خصائص حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ احمراری ذئبہ کی متشاکل توزیع (اگرچہ عام ذئبہ بھی بتدریج پھیلکر ایک دوجانبی متشاکل چکیتی ناک اور گالوں پر پیدا کر سکتا ہے)۔ جلدالراس، کانوں کے کناروں، اور انگلیوں کی ماؤفیت۔ تقرح کی غیر موجودگی اور غضروف کی عدم ماؤفیت۔ اور زجاجی دباؤ لگانے پر مختلف مناظر۔

چھوٹا گرہکی لحمیہ (nodular sarcoid) ذئبہ سے قریبی مشابہت پیدا کر سکتا ہے، لیکن یہ گرہکیں زیادہ سخت ہوتی ہیں، اسکی نسیجیات ممیز ہوتی ہے، اور گینی پگ میں کی ہوئی تطعیمات ہمیشہ منفی ہوتی ہیں۔

سن آغازِ مرض، سخت موتی جیسا گرہکی کنارا، اور صاف کٹا ہوا تقرح قرحہ قارضہ کو ذئبہ سے ممیز کرتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ قطع نظر اُس بدشکلی اور تجدیع کے جو یہ مرض پیدا کر سکتا ہے، خاص پیچیدگیاں جو پیدا ہو جاتی ہیں، سرخباده (erysipelas) اور فلسانی خلیوں والا سرطانی سلعہ (squamous-celled carcinoma) ہیں سرخباده کے حملے کا اثر مفید بلکہ شفا بخش ہو سکتا ہے، جیسا کہ ہالوپیو (Hallopeau) اور سیکویرا (Sequeira) کے مریضوں میں پایا گیا۔ اگرچہ سرطانی سلعہ ذئبہ کی ایک شاذ پیچیدگی ہے، بالخصوص عورتوں میں، تاہم لاشعاعوں کے رواج کے بعد سے اُسکا حدوث بہت زیادہ ہو گیا ہے، اور انھیں اِس مرض میں عرصۂ دراز تک استعمال کرنا بالکل ناجائز ہے۔

علاج۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ذئبہ کے مریضوں کی بڑی اکثریت میں جلد کے علاوہ دوسرے درنی ماسکے موجود ہوتے ہیں، اور یہ کہ انمیں کا ایک بڑا تناسب حشائی تدرن (visceral tuberculosis) سے ہلاک ہو جاتا ہے۔ اسی سبب سے ضروری

ہے کہ مریض کی قوت مدافعت کو ہر ممکن طریقہ سے بڑھانے کے لئے عام علاج بھی کرنا چاہیئے۔ علاجِ شمسی (heliotherapy)، (جیسا کہ رولیئر: Rollier لیسین: Leysin میں عمل میں لاتا ہے) ایک منتخب طریقہ علاج ہے، اور یہ بلاشبہ دوسری تمام معلوم علاجی تدبیروں سے افضل ہے۔ انگلستان اور اُن ممالک میں جہاں سورج کی روشنی نسبتۃً کم دستیاب ہے، کاربنی قوسی لیمپوں (carbon-arc lamps) اور سیمابی بخار کے لیمپوں (mercury-vapour lamps) سے بہترین نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اس علاج کے رواج نے ذئبہ اور مزمن تدرن کے دوسرے اقسام کے علاج میں ایک انقلاب عظیم پیدا کر دیا ہے، اور بہت سی مقامی تدبیروں کو جو پہلے استعمال کی جاتی تھیں بے ضرورت ثابت کر دیا ہے۔ مزید برآں، آیوڈین اور کاڈلیور آئل نہایت نفع بخش ہے۔ اول الذکر کو مصفٰے روح شراب (rectified spirit) کے اندر ایک دس فیصدی طاقت کے محلول میں استعمال کرنا چاہیئے، جسکے ابتدائی پانچ قطرے روزانہ دوبار دودھ کے اندر دینا چاہیئے، اور پھر اس مقدار کو بتدریج بڑھا کر روزانہ ساٹھ قطروں تک دے سکتے ہیں، بشرطیکہ مریض اسکو اچھی طرح برداشت کرلے۔ ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اشرابات، اگر یہ ہوشیاری کے ساتھ موعود وار میں دئے جائیں، تو بلاشبہ نفع بخش ہوتے ہیں۔ کیلومیل (calomel) کے دروں عضلی اشرابات سے بعض اوقات حیرتناک اصلاح پائی جاتی ہے، لیکن اِن کے نتائج غیر مستقل ہوتے ہیں۔

غذا۔ حالیہ سالوں میں، معمولی ذئبہ اور جلد کی دیگر تدرنی حالتوں کا غذائی علاج، جسکی گرسن (Gerson) نے سفارش کی اور جسمیں ساربروخ (Sauerbruch) اور ہرمینز ڈارفر (Hermannsdorfer) نے ترمیم کی، زیادہ زیادہ نظر پسندیدگی سے دیکھا جاتا ہے۔ غذا کے مہمات یہ ہیں:- (۱) سوڈیم کلورائیڈ کو تقریباً مکمل طور پر خارج کر دیا جائے، اور ایک مرکب (مثلاً سیلارم = Selarom) جسمیں کیلسیم کی کثرت اور سوڈیم کی قلت ہو، بطور بدل کے استعمال کیا جائے۔ (۲) بے پکی ہوئی تازہ سبزیاں کثیر مقدار میں، مثلاً سلاڈز (salads)، جسکے ہمراہ پھلوں کا رس ملا ہوا ہو، اور خلاصہ جات ہوں جو بے پکی ہوئی سبزیوں کو دبا کر تیار کئے گئے ہوں۔ (۳) سبزیوں کو

اپنے ہی رس میں بغیر پانی ملائے پکایا جائے۔ (۴) گوشت کی مقدار معتدل طور پر کم کر دی جائے۔ (۵) پانی کی درآمد کو کم دیا جائے، لیکن تازہ پھلوں اور سبزیوں کے رس کی کثیر مقداریں دیجا سکتی ہیں۔ (۶) معدنی مرکبات دئے جائیں، جنمیں کیلسیئم کا لیکٹیٹ اور فاسفیٹ، کیلسیئم اور میگنیسیئم کے دوہرے لحمات، سٹرانشیم (strontium)، الیومینیئم (aluminium)، اور سلکا شامل ہوں، اور کاڈ مچھلی کے جگر کا تیل (cod-liver oil) روزانہ تین بار۔ (۷) ایک بلند شحمی اور پروٹینی درآمد، لیکن کاربوہائیڈریٹ کی نمایاں تقلیل۔

مقامی علاج۔ ذئبی بافت کو تلف کرنے کے لئے کوئی مقامی تدابیر استعمال کرنے سے پہلے اور اُن حیرتناک نتائج کے مد نظر جو اب شمسی علاج یا مصنوعی روشنی کے غسلوں سے حاصل ہو رہے ہیں، اِس امر پر غور کرنا مناسب ہے کہ ایسے علاج کیساتھ آیوڈین اور کاڈلیور آئل کے داخلی استعمال سے خود بخود اندمال کس حد تک واقع ہو سکے گا۔ تجمیلی نقطۂ نظر سے فِنسنی قوسی لمپ کے ساتھ مقامی علاج بالنور سے 868
بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں، کیونکہ اِن سے جو ندبہ پیدا ہوتا ہے وہ چکنا اور لچکیلا ہوتا ہے۔ مگر یہ طریقہ نہایت صبر آزما اور کثیر المصارف ہوتا ہے۔ فنسن لیمپ کی ترمیم، جسے سوِنڈ لامہولٹ (Svend Lomholt) نے تجویز کیا ہے، اصلی لیمپ میں ایک بہت بڑی اصلاح ہے، اور اسکے ذریعہ ۸۰ فیصدی دائمی شفائیں حاصل ہو چکی ہیں۔ مطلوبہ اطلاقات کی تعداد بہت تھوڑی ہوتی ہے، تجمیلی نتائج نہایت عمدہ ہوتے ہیں، اور اِسکو مخاطی اغشیہ پر استعمال کیا جا سکتا ہے۔ لاشعاعوں کے استعمال کو مرض کی متقرح بافت یا حلیمی سلعہ نما قسموں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے، جیسا کہ اب عام طور پر تسلیم کیا جا رہا ہے۔ اُسکے ساتھ گیلوانی مکواۃ (galvano-cautery) یا نوبی تشریط (scarification) استعمال کی جا سکتی ہے۔ لاشعاعوں کی بڑی مقادیر، یا طویل عرصوں تک اُنکا مسلسل استعمال اب بالکل ناجائز ہیں، کیونکہ اِسمیں بالآخر شعاعی التہاب جلد (radiodermatitis) کا خطر ہوتا ہے، اور آخر کار ندبہ کا سرطانی سلعہ نما انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ کیّ بالنار اور گیلوانی مکواۃ علاج میں مفید اضافات ہیں، اور یہ مخاطی جھلیوں کے ذئبہ

میں خاص طور پر نفع بخش ثابت ہوتے ہیں۔ حال ہی میں برقی حرارت رسانی کے استعمال سے نہایت اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اگر بشرطیکہ صحیح طور پر عمل میں لائی جائے، تو جو ندبات اُس سے پیدا ہوتے ہیں وہ فنسنی لمپ سے حاصل شدہ ندبات سے کسیطرح کم تشفی بخش نہیں ہوتے، لیکن یہ ایک صبر آزما اور دردناک طریقہ ہے۔ بایں‌ہمہ بسرعت پھیلنے والے اور نابت ذئبہ (ذئبۂ اشرہ پھیلا = L. vorax) کے لئے، اور ندبات کے اندر مدفون گرھکوں کے علاج کے لئے، یہی ایک منتخب طریقۂ علاج ہے۔ فرانس میں ذئبی بافت کو تلف کرنے کے لئے خیط نما ڈوش (filiforme douche) استعمال کی جارہی ہے اور اُس سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مختلف کاویات مثلاً آرسی نیئس ایسڈ (arsenious acid)، پائروگیلک ایسڈ (pyrogallic acid)، ٹرائی کلورایسیٹک ایسڈ (trichloracetic acid) پارے کے مایع ترشئی نائٹریٹ (liquid acid nitrate of mercury) کا، اور سیلی سِلک ایسڈ (salicylic acid) اور کریاسوٹ (creasote) کے ایک امتزاج کا جو لصقہ کی شکل میں ہوتا ہے، ذئبی بافت پر ایک انتخابی عمل ہوتا ہے، لیکن اِن سے (بالخصوص آرسی نیئس ایسڈ سے) بہت درد پیدا ہوجاتا ہے ___ ایڈمسن (Adamson) کا طریقہ، جسمیں وہ پارے کا مائع ترشئی نائٹریٹ (liquid acid nitrate of mercury) استعمال کرتا ہے، سادہ ہے اور اُس سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ وہ حسب طریقۂ ذیل عمل میں لایا جاتا ہے:۔ نرم روئی کے ایک ٹکڑے سے، جسے ایک باریک نوک والے چھٹے کے بند سروں پر لپیٹ کر اس مائع سے تر کرلیا جاتا ہے، ذئبہ کی گرھکوں کو ایک یا دو منٹ کے لئے آہستہ سے ملتے ہیں۔ اِسکے بعد کسی کسوت کی ضرورت نہیں، اگرچہ شائد اِسطرح عمل یافتہ سطح کو صاف نُسالہ یا گاز کے ایک ٹکڑے سے ڈھانک کر رکھنا مناسب ہے۔ اِس کے بعد بہت التہابی تعامل پیدا ہوجاتا ہے، اور ایک کھرنڈ بنجاتا ہے، جو رفتہ رفتہ جدا ہو کر وہاں ایک چکنی گلابی سطح باقی رہ جاتی ہے۔ اِسکے بعد جو ندبہ پیدا ہوجاتا ہے وہ اس ندبہ سے بہتر ہوتا ہے کہ جو دوسرے کسی طریقہ سے پیدا ہو الّا شائد فنسنی روشنی کے۔ یہ طریقہ کسیقدر دردناک ہے، لیکن کسی معدمِ حس دوا کی عموماً

ضرورت نہیں ہوتی۔ اس سے ایک نشست میں بہت سے رقبہ پر عمل کیا جا سکتا ہے، اور ان اطلاقات کو مکرر استعمال کر سکتے ہیں، حتیٰ کہ تمام فاعلی ذئبی بافت تلف ہو جائے۔ اُن اصابتوں میں جنمیں گرہکیں بڑی بڑی اور گہری ہوں، انھیں پہلے عدم حسیت کے تحت کھرچ لینے کے بعد، پھر ایسڈ نائٹریٹ آف مرکیوری یا زنک کلورائڈ لگا سکتے ہیں۔

بروقی ذُئبہ

(lupus verrucosus)

(verruca necrogenica = نعشی بروقہ)

جلدی تدرّن کی یہ قسم عصیات درنیہ کی راست تطعیم سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ذاتی تطعیم کی وجہ سے مسلول اشخاص میں یا دوسرے مریضوں میں جو تدرّن مکشوف ("open" tuberculosis) میں مبتلا ہوں، پیدا ہو سکتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ مرض طبیبوں، نرسوں، یا اُن طالب علموں میں جو تدرنی مریضوں کے تماس میں رہتے ہیں، ماہرین امراضیات، بعد الموت امتحان پر موجود رہنے والے خدمتگزاروں (post-mortem attendants) بیطاری جراحوں، قصابوں، اور دوسروں میں پایا جاتا ہے جو درنہ سے سرایت زدہ انسانی یا حیوانی نعشوں کو ہاتھ لگاتے رہتے ہیں۔ ان اضرار میں کثیر التعداد درنی عصیات موجود ہوتے ہیں، جو عام ذئبہ کی نسبت کہیں زیادہ، لیکن درنی قروح سے نسبتاً کم ہوتے ہیں۔ یہ عموماً ہاتھوں پر پائے جاتے ہیں، بالخصوص انگوٹھوں پر، لیکن کہنیوں، گھٹنوں، پاؤں، سرینوں، گرد مبرزی خطے، گردن، اور چہرے تک پر ہوتے ہیں۔ ابتدائی ترین ضرر ایک چھوٹی احمراری گرہک ہوتی ہے جس سے بعد میں دبلنے سے پیپ کا ایک دانہ نکل آتا ہے۔ یہ بتدریج بڑھ کر ایک ثولولی رقعہ (warty plaques) بنا دیتا ہے، جو احمرار کے ایک نیلگوں ہالہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ ایک کامل نمو یافتہ چکتی میں تین منطقے شناخت کئے جا سکتے ہیں: محیط میں ایک احمراری رقبہ اسکے اندر نیلگوں بنفشئی رنگ کی متعدد دُلیمی سلعہ نما گرہکیں جو چپکی ہوئی پپڑیوں سے ڈھکی ہوتی ہیں۔ اور مرکز میں یا تو ایک گڑھے دار ندبہ یا بھورے سے رنگ کے ثولولی

اُبھار ہوتے ہیں، جو شقوق کے ذریعہ ایک دوسرے سے جُدا ہوتے ہیں۔ سطح سے پیپ کی تھوڑی مقدار خارج ہوتی ہے، جسمیں درنی عصیات مِل سکتے ہیں، اور رقعہ کا قاعدہ متصلب ہوتا ہے۔ لمفی غدد جلد ہی سرایت زدہ ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ احشاء بھی ماؤف ہوجائیں۔

علاج۔ منتخب طریقۂ علاج یہ ہے کہ جیسے ہی کہ تشخیص قائم ہوجائے جلد کے ماؤف رقبہ کا استیصال کردیا جائے، یا حقیقی کیّ یا برقی حرارت رسانی کے ذریعہ ضرر کو بالکل تلف کردیا جائے۔ سیکویرا (Sequeira) سفارش کرتا ہے کہ ثولولی سطح کو پائروگیلک ایسڈ (pyrogallie acid) یا سیلی سِلک ایسڈ (salicylic acid) سے نکالدینا چاہیے، اور اُسکے بعد لاشعاعوں کا استعمال کرنا چاہیے۔

درنی ثوراناتا (درنیے)

(tuberculides)

۱۸۹۶ء میں ڈاریر (Darier) نے "درنی ثوراناتا" (درنیے) (tuberculides) کی اصطلاح کو ثورانات کے اُس گروہ کے تسمیہ کے لئے رائج کیا جو ظاہر درنی سرایت رکھنے والے اشخاص میں واقع ہوتے ہیں، اور جو اگرچہ اپنے سریری مناظر میں ایکدوسرے سے مختلف ہوتے ہیں، تاہم اکثر ایک ہی مریض میں ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں، اور اِسطرح اپنا باہمی تعلق اور مشترک مبداء ظاہر کرتے ہیں۔

جماعت بندی۔ الف۔ جلدی درنیے (cutaneous tuberculides) جنمیں اضرار اَدمی بر اَدمی ہوتے ہیں۔

(۱) حزاز آسا درنیہ (lichenoid tuberculide)۔ خنازیری حزاز (lichen scrofulosorum)۔

(۲) ایکزیما آسا درنیہ (eczematoid tuberculide)۔ خنازیری التہابِ جلد (dermatitis serofulosa)، جو مندرجۂ بالا کی ایک قسم ہوتی ہے۔

(۳) بثوری تنخری درنیے (papulo-necrotic tuberculides)۔ جرابیہ (folliclis)۔ تقطیری التہاب (acnitis)۔

(۴) تقطیرنما درنیہ (acneiform tuberculide) - ضعفی تقطیر (acne cachecticorum)، جو بثوری تنخری درنیہ کی ایک قسم ہے۔

(۵) ذئبہ آسا درنیہ (lupoid tuberculide) - بوئیک (Boeck) کا بثوری لحمیہ (papular sarcoid)، یا منتشر دخنی ذئبہ آسا (disseminated miliary lupoid)، جسکے ساتھ تقطیری التہاب موجود ہوسکتا ہے۔

(۶) احمراری ذبولی درنیے (erythemato-atrophic tuberculides) - بعض اصابتوں میں احمراری ذئبہ (lupus erythematosus)-

(۷) گلابی درنیہ (rosaceous tuberculide)-

ب - تحت الجلد درنیے -

تصلبی خنازیری احمرار (erythema induratum scrofulosorum) (مرضِ بیزن = Bazin's disease)-

گرہ دار احمرار (بعض اصابتوں میں)-

ڈاریئر راؤسی (Darier-Roussy) کا تحت الجلد لحمیہ (sarcoid)-

درنیوں کے اسباب - درنیے، درنی عصیات کی سدادیت سے پیدا ہوتے ہیں جو جلد یا تحت الجلدی بافت کی کسی عرق دموی میں اسوقت واقع ہوتی ہے جبکہ درنی عصیات کسی مقامی درنی ضرر سے جوئے خون میں منتقل ہوجاتے ہیں۔ یہ اُن اشخاص میں پیدا ہوتے ہیں جو، اگر ہمیشہ نہیں تو عموماً اوائل زندگی میں یا دسنہ کی حساسیت حاصل کرچکے ہوتے ہیں، اور جنہیں اِس سرایت کی مدافعت کی قوت عموماً اچھی ہوتی ہے۔ حقیقی اضرار وہ التہابی تعاملات ہیں جو حسّاس شدہ بافتوں میں کے ضدِ اجسام اور درنی عصیات کے باہمی عمل سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور یہ تعامل آخر الذکر کو تلف اور برباد کردیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ اضرار تکوین ندبہ کے ساتھ یا اس کے بغیر مندمل ہوجاتے ہیں۔ ظاہر ہے کہ انکے وقوع کیلیے ضد اجسام کی موجودگی ناگزیر ہے، اور اسی سے غالباً اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ ایک درنی شخص میں خسرا کے حملہ کے بعد کیوں حقیقی ذئبہ کی منتشر چکنتیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔ اِسکی وجہ یہ ہے کہ خسرا کی وجہ سے درنی ضد اجسام عارضی طور پر غائب ہوجاتے

ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ درنی عصیّات زندہ رہتے ہیں اور تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ درنیوں کی پیدائش میں ایک اہم عامل دورانِ خون کا رکود ہے۔ بثوری تنخرّی قسم خنازیری اشخاص میں دیکھی جاتی ہے جو خصرتی دورانِ خون (chilblain-circulation) رکھتے ہیں، جبکہ انتخابی مقامات وہ ہوتے ہیں جنمیں خون کا بہاؤ نہایت رکودی ہوتا ہے، اور تصلّبی احمرار تقریباً صرف اُن نوعمر عورتوں میں ہوتا ہے جنکی ٹانگیں ازرق اور اُذیمائی نما ہوتی ہیں۔ جیسی کہ توقع کی جاسکتی ہے، عصیّات سریع اتلاف کی وجہ سے، صرف شاذ ہی درنیتی اضرار میں موجود پائے جاتے ہیں لیکن وہ خنازیری حزاز اور تصلّبی احمرار میں پائے گئے ہیں۔ اضرار میں کی بافت سے گینی پگوں کی تطعیم سے نسبتۃً زیادہ اکثر مثبت نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اشرابات نہ صرف اُسکی جلدی تعاملات پیدا کردیتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ درنی شخص میں ایسے درنیوں کا حملہ واقع کردیں جو پہلے موجود نہ تھے۔ مزید برآں اگر ٹیوبرکیولین کی خفیف مقداریں مناسب وقفوں کے ساتھ دیجائیں تو وہ تصلّبی احمرار اور بثوری تنخرّی درنیوں پر حیرتناک شفابخش اثر رکھتی ہیں۔ 870

درنیوں کا علاج ۔ درنیوں کے مریضوں کا عام علاج وہی ہے جو عام ذئبہ کے لئے پہلے درج کیا گیا ہے (جو ملاحظہ ہو)۔ ڈارییر نے دروں جلدی راہ سے ٹیوبرکیولین کی خفیف مقداروں کے اِشرابات کی اور اِنکے ساتھ ہی نوو ارسینوبلان (novarsenobillon) کے دروں وریدی اشرابات کی زور کے ساتھ سفارش کی ہے۔ راقم الحروف کو جرابیہ اور تصلّبی احمرار میں طلائی مرکبات کے اشرابات سے، جیسے کہ احمراری ذئبہ میں استعمال کئے جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)، اور داخلی طور پر آیوڈین اور کاڈلیور آئل کے استعمال، اور کلّی ماوارائے بنفشی روشنی کے غسلوں سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ تصلّبی احمرار میں، خاصکر اُن اصابتوں میں جنمیں تقرح موجود ہو، اضرار کے مندمل ہونے تک بستر میں کامل آرام کی ہدایت کرنی چاہیئے۔

خنازیری حزاز (lichen scrofulosorum) درینہ کی اِس حزاز آسا قسم کا مقابلہ حزاز آسا شعری فطری توران (lichenoid trichophytide) کے ساتھ، اور اُس بثوری جرابی توران کے ساتھ کیا جاسکتا ہے، جسے پہلے وھٹ فیلڈ

(Whitfield) نے شدید نبقی سبحی حصفہ (streptococcal impetigo) کے ائتلاف
میں بیان کیا (حزاز آسا نبقی سبحی ثوران = lichenoid streptococcide)۔
یہ ثوران دو قسموں کے اضرار پر مشتمل ہوتا ہے، مستوی بثور جو حزازہ مسطح (lichen planus) کے اضرار سے کسیقدر مشابہ ہوتے ہیں اور جرابی بثور (follicular papules) جو شکل میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ اول الذکر چھوٹے، چپٹے، کثیر الاضلاعی اور زردی مائل یا سُرخی مائل رنگ کے ہوتے ہیں۔ یہ چکنے اور چمکدار، یا ایک چھوٹے چھلکے سے ڈھکے ہوئے ہوسکتے ہیں۔ جرابی بثور تنہا موجود ہوسکتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر مستوی قسم کے ساتھ دیکھے جاتے ہیں۔ یہ شعری دُہنی جرابات کے گرد بنتے ہیں، شکل میں مخروطی یا نکیلے، اور رنگ میں سرخی مائل ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی ان پر ایک قرنی شوکہ کی ٹوپی چڑھی ہوئی ہوتی ہے (حزازہ شوکی = lichen spinulosus کی ایک قسم، مقابلہ کرو حزاز آسا شعری فطری ثوران: lichenoid trichophytide سے)۔
بعض اوقات اِنکی چوٹیوں پر آبلہ نما قائحات بنجاتے ہیں (مقابلہ کرو آبلہ نما قائحی شعری فطری ثوران = vesiculo-pustular trichophytide کے ساتھ)۔
ضررکے یہ مختلف اقسام گول گروہوں، یا دائروں، یا دائروں کے فلقوں میں مرتب ہوتے ہیں۔ یہ بالخصوص دھڑ پر، زیادہ تر پہلوؤں پر، شاذ صورتوں میں جوارح پر، اور کبھی کبھی چہرے پر توزیع یافتہ ہوتے ہیں۔ اِنمیں کھجلی خفیف سی ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی۔ وقتاً فوقتاً بثور کے تازہ گروہ پیدا ہوکر یہ ثوران ترقی کرتا رہتا ہے، اور اِسطرح یہ مہینوں جاری رہتا ہے۔
مرضی تشریح۔ یہ اضرار سرطمہ آسا خلیتوں اور عفر بتی خلیتوں کے ساتھ اَدمہ کی درنہ آسا دررزش کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ جبنی انحطاط کا رجحان کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ یہ دررزش امتحان کردہ بشرہ کی قسم کے لحاظ سے یا تو حلیمی طبقہ میں واقع ہوتی ہے، یا ایک شعری دہنی جراب کے گرد۔
بحث اسباب۔ یہ ثوران، معہ اکزیما آسا قسم کے، درنیوں میں سب سے زیادہ سادہ اور سب سے زیادہ سطحی ہوتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ، اور اِسکے ساتھ نفیطی عینی اضرار (phlyctenular ophthalmic lesions)، اُس

بار کے ٹوٹنے کے بعد جو لمفی غدد سے حاصل ہوتی ہے، درنی عصتیہ دمویت کا سبب
سے پہلا منظر ہیں۔ اِسی واسطے اِسکا حدوث زمانۂ طفلی میں ہوتا ہے۔ بوئیک
(Boeck) اور بُروس گارڈ (Bruusgaard) نے اِسکے متعلق بیان کیا ہے کہ یہ
ایک سولہ ماہ کے بچے میں اُنگلی کے درنی آکولہ (tuberculous chancre) کے
اندمال کے چھ ہفتے بعد، اور نفیطی التہاب قرنیہ (phylctenular keratitis)
کے فوراً بعد واقع ہو گیا۔ ایک دوسری اصابت میں، جو ایک یکسالہ لڑکی تھی، اور
جسمیں درنی آکولۂ فرج (vulvar tuberculous chancre) اور اُربی غددی
التہاب (inguinal adenitis) موجود تھا، آکولہ کے اندمال سے پہلے التہاب قرنیہ
پیدا ہو گیا، اور اِسکے تین ماہ بعد خنازیری حزاز۔

اِن بثور کی خرد بینی تراشوں میں درنی عصیات فی الحقیقت بتلا دئے گئے ہیں
اور گینی پگ میں مثبت تطعیمات حاصل ہوئی ہیں۔ ٹیوبرکیولین کے اشراب سے مقامی
ماسکی، اور عمومی تعاملات پیدا ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ درنی اشخاص میں ایسے
اشرابات سے یہ ثوران برانگیختہ ہو جائے۔ ایڈمسن اور براک (Brocq) نے ٹیوبرکیولین
کے دروں اَدمی اشراب کے مقام کے گرد جرابی بثور کی نمویابی مشاہدہ کی۔ ایسی اصابتیں
مرقوم ہیں جنمیں درنی غدد کا جراحی عمل کے ذریعہ استیصال کر دینے کے بعد خنازیری حزاز
خود بخود صاف ہو گیا۔

ایکزیما آسا درنیہ (eczematoid tuberculide)۔ بہت سال
پہلے بوئیک (Boeck) نے خنازیری حزاز کی مختلف شکلوں کے طور پر ایک "منتشر بثوری
فلسمانی درنیہ" ("disseminated papulo-squamous tuberculide")
871 اور ایک "خنازیری ایکزیما" ("eczema scrofulosorum") بیان کیا۔ جداسوہن
(Jadassohn) نے بھی ایک چھلکے دار قسم کا ثوران بتلایا ہے، جسمیں کسیقدر درریختہ
چکتیاں دیکھی جاتی ہیں جو رنگ میں سرخی مائل بھوری، اور صدفیہ (psoriasis)
یا سیلان الدہنی التہاب الجلد کی چکتیوں سے مشابہ ہوتی ہیں۔ شوما ن (Schaumann)
اور دوسروں نے ایسی چکتیوں کو تمثیلی خنازیری حزاز کے ساتھ دیکھا ہے، اور تراش لینے
پر اول الذکر نے ایک درنہ آسا ساخت اور اُس کے ساتھ عفریتی خلیے پائے، لیکن

تنخز کے بغیر۔

ایکزیما آسا التہابِ جلد کی اصابتوں کا ایک سلسلہ بیان کیا گیا ہے (21)، جو تقریباً صرف بچوں اور ریعانیوں میں ایک ممیّز ہلکے بادامی یا شاہب بھورے رنگ کی چھلکے دار چکپتیوں کی صورت میں ہوتی ہیں۔ یہ عموماً خشک، مگر بعض اوقات (غالباً کھرچنے سے یا ملنے کی وجہ سے) رِستی ہوئی، اور بالخصوص جوارح کی باسط سطحوں، دھڑ اور چہرہ، خاصکر کنپٹیوں اور پیشانی پر بالوں کے حاشیہ سے نیچے واقع ہوتی ہیں۔ اِن اصابتوں کی تقریباً ۸۰ فیصدی میں فاعلی تدرّن کے واضح آمارات موجود پائے گئے۔ راقم الحروف نے اِس ثوران کو خنازیری التہابِ جلد (dermatitis scrofulosa) کے نام سے موسوم کیا۔ کچھ عرصہ بعد اِن اصابتوں کا ایک مزید سلسلہ بیان کیا گیا (22)، اور یہ بتلایا گیا کہ (۱) درنی بچوں میں اِس جگہ جہاں ٹیوبرکیولین کے ذریعہ پرکی کا آدمی کا تشفہ (Pirquet's cuti-test) عمل میں لایا گیا ہو، ایسی ہی چکپتیاں تازہ پیدا ہوسکتی اور کچھ عرصہ تک قائم رہ سکتی ہیں، اور یہ کہ (۲) اُن بچوں میں جنمیں خنازیری التہابِ جلد موجود ہو، جلد پر ٹیوبرکیولین لگانے سے ایسی چکپتیاں پیدا کی جا سکتی ہیں جو شکل اور نسیجیاتی ساخت میں اُن چکپتیوں سے مشابہ ہوتی ہیں جو پہلے سے موجود ہیں۔ غیر مشکوک خنازیری حرازکی ایسی اصابتیں بھی دیکھی گئی ہیں، جنمیں خنازیری التہابِ جلد کی چکپتیاں بھی ساتھ ساتھ موجود تھیں، اور اِنکے متعلق یہ رائے ظاہر کی گئی کہ آخرالذکر اول الذکر کی ایک ایکزیما آسا قسم ہے۔

درنیہ کی اِس ایکزیما آسا شکل کی اغلب توجیہ یہ ہے کہ یہ ٹیوبرکیولین کے لئے بَرادمہ کی حساس کردگی سے پیدا ہوجاتی ہے، کیونکہ ہر ایکزیمائی تعامل کا انحصار شبکۂ مالفیجیہ کے خلیوں کی حساس کردگی پر ہوتا ہے۔ جلد پر ٹیوبرکیولین لگاکر خنازیری التہابِ جلد کی چکپتیوں کی تجربی پیدائش سے، جسکا اوپر ذکر کیا گیا ہے، اِس رائے کی تائید ہوتی ہے۔

تشخیص۔ خنازیری التہابِ جلد جن ثورانات کے ساتھ خلط ملط کر دئے جانے کا سب سے زیادہ اِمکان رکھتا ہے، وہ حسبِ ذیل ہیں:- دہنی سبجی حصفہ کی خشک چھلکے دار شکل، وہ چھلکے دار چکپتیاں جو قوی قلوی صابنوں کے استعمال سے

پیدا ہو جاتی ہیں، اور وہ جو تنخیلی بذوریہ (pityrosporon) کی سرایت کی وجہ سے ہو جاتی ہیں۔ انمیں سے کسی ایک کا رنگ ویسا ہلکا یا دامی یا سرخی مائل بھورا نہیں ہوتا، اور نہ انمیں اُس درجہ کی درریزش ہوتی ہے جو ختنا زیری التہابِ جلد کا ممیّز خاصّہ ہوتی ہے۔

بثوری تنخری درنیہ (papulo-necrotic tuberculide)-

درنیہ کی یہ قسم غیر عام نہیں ہے، اور یہ بالخصوص ریحانیوں اور اُن نوعمر بالغوں میں دیکھی جاتی ہے جنکا محیطی دورانِ خون ضعیف ہو اور جنھیں غدد، ہڈیوں، مفاصل، یا باریطون کا تدرّن ہو۔ ابتدائی ضرر ایک چھوٹا سا سخت بثرہ ہوتا ہے، جو ایک سرخی مائل کنارے سے محصور، اور اَدمہ کے اندر مدفون ہوتا ہے۔ اِس کا مرکزی حصہ نیلگوں رنگ کا ہو کر اُس کے بر اَدمہ کے نیچے ایک آبلہ نما قائحہ بنجاتا ہے جسے کھول دینے سے ایک مصلی ریمی سیّال کا ارتشاح ہو کر ایک چھوٹا تنخری کہفہ منکشف ہو جاتا ہے۔ جب اِسے چھوا نہ جائے، تو یہ قائحہ خشک ہو کر ایک پپڑی بنا دیتا ہے، جو مرکزی تنخری رقبہ کو ڈھانک دیتی ہے۔ جب یہ پپڑی نکل جاتی ہے تو ایک گڑھے دار ندبہ باقی رہ جاتا ہے، جو لونیت کے ایک تنگ منطقہ سے محصور ہوتا ہے۔

اضرار کی توزیع بڑی حد تک اعظم عروقی رکود کے ساتھ متناظر ہوتی ہے، اور یہ اضرار زیادہ تر ہاتھوں اور پاؤں، کہنیوں اور گھٹنوں، پیش بازوؤں کی باسط سطحات، کانوں، اور چہرہ کے گلابیہ دار رقبہ پر پائے جاتے ہیں۔ یہ فصلوں (crops) کی صورت میں نمودار ہوتے ہیں، بالخصوص سرما میں، جبکہ محیطی دورانِ خون نہایت سست ہوتا ہے، اور مہینوں یا برسوں تک اسطرح پیدا ہونا جاری رکھ سکتے ہیں۔ لیکن جیسا کہ تصلبی احمرار میں ہوتا ہے، جیسے جیسے مریض ادھیڑ عمر کے قریب پہنچتا ہے، یہ ثوران خود بخود، علاج کے بغیر بھی، غائب ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

مرضی تشریح - قیاس ہے کہ یہ اضرار ایک چھوٹی اَدمی عِرق میں درنی عصیات کی سدادیت سے پیدا ہو جاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انصالی بافت

میں تنخر کا ایک رقبہ پیدا ہو جاتا ہے - یہ التہاب کے ایک منطقہ سے محصور ہو جاتا ہے، جسکی ساخت ممکن ہے کہ معیّن طور پر درنی ہو، اور جسمیں سر حلمہ آسا خلیئے اور عفریتی خلیئے بیقاعدہ گروہوں میں پائے جاتے ہیں - نام نہاد دقی تفطیر (acne cachecticorum) میں تنخر کا محل وقوع نہایت اوپری ہوتا ہے -

بحثِ اسباب - خنازیری حزازہ کی طرح، بثوری تنخری درنیے بھی عصیہ دمویت کا سب سے پہلا مظہر ہو سکتے ہیں - بروس گگارڈ نے ایک سترہ سال 872
کی عمر والے لڑکے کی حالت کا مشاہدہ کیا، جسمیں یہ درنیے ٹھوڑی کے ایک درنی اکولہ (tuberculous chancre) کے اندمال کے تھوڑے ہی عرصہ کے بعد نمودار ہو گئے - درنیوں سے ایک گینی پگ کی کامیاب تطعیم کی گئی، اور ایک انسانی قسم کا عصیہ بذریعہ کاشت اگایا گیا -

دخنی وجہی ذئبہ (بوئیک کا بثوری لحمیہ)

(papular sarcoid of Boeck) - اس ثوران کو شاؤمان صحیح طور پر اُن حقیقی لحمیات سے ممیّز کرتا ہے جو اُسکے سلیم ذراتی سلعہ (benign granuloma) کا جُز ہوتے ہیں، اور اسکی بہترین جماعت بندی درنیوں کے زمرہ میں کی جا سکتی ہے بعض امور کے لحاظ سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ ان حقیقی لحمیات اور فاعلی درنی ادواء الجلد (tuberculous dermatoses) (مثلاً عام ذئبہ) کے درمیان ایک برزخی صورت پیش کرتا ہے - شاؤمان کا خیال ہے کہ اِسمیں ٹلبری فاکس کے جرابی منتشر ذئبہ، گرد گر کی سربدار تفطیر (acne agminata) اور بارتھیلمی کے تفطیری التہاب (acnitis) کو شامل کرنا چاہئے -

یہ باجرہ کے دانے سے لیکر مٹر کے برابر جسامت کے نیم کروی بثور ہوتے ہیں، جنکا رنگ سرخی مائل نیلا یا بھورا سا ہوتا ہے، اور جو چھونے کیسے معتدل طور پر سخت معلوم ہوتے ہیں - یہ تشاکل طور پر چہرہ پر مرتب ہوتے ہیں، بالخصوص گلابیہ کے رقبہ پر، گردن پر، اور نسبتہً کم عام طور پر کلائیوں، بالائی جوارح کی باسط سطحات، شانوں اور پُشت، جلد الراس اور زیریں جوارح پر - ممکن ہے کہ بالکل ناگہانی طور پر نمودار ہو کر عرصۂ دراز تک فصلوں کا پیدا کرنا جاری رکھیں - ممکن ہے کہ یہ جذب ہو جائیں اور

ایسے ندبات باقی رہ جائیں جو بمشکل محسوس ہوسکیں - یا انمیں مرئی تنخر واقع ہوکر اوپری تقیح، اور ازاں بعد گڑھے دار انداب (تفطیری التہاب = acnitis) واقع ہوجائے - بعض اصحاب آخر الذکر شکل کو ثوران کی غیر متقرح قسم سے علیحدہ سمجھتے ہیں، لیکن یہ دونوں جیسا کہ شاؤمان اشارہ کرتا ہے، ایک ساتھ موجود ہوسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نسیجیاتی لحاظ سے ذئبہ آسا بثور اور تقیحی بثور دونوں میں تنخر کی شہادت پائی جائے -

مرضی تشریح - نسیجیاتی لحاظ سے یہ بثور سِلمیہ آسا خلیتوں کے تودوں پر مشتمل پائے جاتے ہیں، جنکے ساتھ عفریتی خلیتے ہوں یا نہوں، اور کثیر التعداد لمفی خلیتے ملے جلے ہوتے ہیں - مرکزی تجبّن اکثر دیکھا جاتا ہے -

بحث اسباب - یہ ثوران سلِ ریوی کی ترقی یافتہ اصابتوں میں پیدا ہوسکتا ہے، لیکن زیادہ اکثر ماؤف اصابتوں میں تدرن کی سریری شہادت نمایاں نہیں ہوتی، بالخصوص خالص ذئبہ آسا قسم میں جو بالخصوص ادھیڑ عمر کی عورتوں میں دیکھی جاتی ہے - سینہ کے لاشعاعی امتحان سے اکثر پرانی نافچی سلِ ریوی (hilus phthisis) کی، اور ساتھ ہی شعبی غدد کی تکلیس اور بعض اوقات ایک سابقہ راسی ضرر کی شہادت ظاہر ہوتی ہے، لیکن شاؤمان کا خیال ہے کہ پھیپھڑے وہ سایے کبھی نہیں ظاہر کرتے جو کہ سلیم لمفی ذراتی سلعہ میں دیکھے جاتے ہیں - کئی مشاہدین کو ان اضرار میں درنی عصیات موجود ملے ہیں، اور دوسروں کو مثبت حیوانی تطعیمات حاصل ہوئی ہیں - شاؤمان کا بیان ہے کہ دروں اَدمی ٹیوبرکیولینی کاشفہ ہمیشہ مثبت ہوتا ہے -

گلابی درنیہ (rosaceous tuberculide) - درنیہ کی یہ قسم متذکرہ صدر سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ گلابی عنصر (تمتماہٹ، صغیر عروقی اتساع، اور چھلکوں کی موجودگی) زیادہ واضح ہوتا ہے، اضرار زیادہ چھوٹے اور زیادہ اوپری ہوتے ہیں، اور انداب کا رجحان کم ہوتا ہے - نسیجیاتی طور پر، اگرچہ انکی ساخت درنہ آسا ہوتی ہے، تاہم مرکزی تجبّن کے ساتھ معروف درنہ نہیں پایا جاتا -

اس حالت کو پہلے پہل لیونڈوسکی (Lewandowsky) نے بیان کیا تھا اور اسوقت سے لیکر کئی اصابتوں کی اطلاع دیگئی ہے (23) - اضرار دقیق بثور پر مشتمل ہوتے ہیں، جو اگرچہ ہمیشہ نہیں، تاہم بعض اوقات جرابی ہوتے ہیں، اور بے قاعدہ طور پر

توزیع یافتہ ہوتے ہیں - اگرچہ بالعموم وہ غیر ملتقی ہوتے ہیں، تاہم ممکن ہے کہ وہ چھوٹی چھوٹی چکتیوں کی صورت میں گروہ بند ہوں - انکی رنگت شوخ سرخ سے لیکر بھوری سی زرد تک مختلف ہوتی ہے - زجاجی دباؤ پر وہ ذئبہ نما گرمکوں سے مشابہت رکھتے ہیں، جو کہ حقیقی گلابیہ کے بثور کے برعکس ہے - انمیں بعض قائحی ہوجاتے ہیں، لیکن قائحات چھوٹے اور اوپری ہوتے ہیں گلابی تمتماہٹ اور صغیر عروقی اتساع کا درجہ اختلاف پذیر ہوتا ہے -

یہ اضرار معتدبہ مدت تک قائم رہتے ہیں، اور اسکے بعد انمیں ھکش واقع ہوتا ہے، جسکے بعد انکے کوئی آثار باقی نہیں رہتے یا ایک چھوٹا سا گڑھے دار ندبہ باقی رہتا ہے - بڑی قائحی گلابیہ سے تشخیص بعض اوقات مشکل ہوتی ہے، اور خاص نکات یہ ہیں :- زجاجی دباؤ کے ساتھ یا اسکے بغیر بثور کا ذئبہ نما منظر - پیشانی کے جانبی حصوں، اور گالوں اور گردن کا متاثر ہونا - روغنی سیلان الدہن، جو گلابیہ میں بالعموم موجود ہوتا ہے، اسمیں عام طور پر مفقود یا خفیف ہوتا ہے، اور قائحیت کا رجحان بہت کم ہوتا ہے، اور قائحات جب موجود ہوتے ہیں، تو چھوٹے اور اوپری ہوتے ہیں - اضرار کی نسیجیاتی ساخت - ٹیوبرکلین کے لئے جلد کی حساسیت (دروں جلدی اور مارو کے کاشفات)، لیکن بعض اصابتوں میں یہ خفیف ہوتی ہے - 873

مرضی تشریح - معمولی گلابیہ کے مزمن متصلب بثور میں ایک درنہ نما ساخت، جسمیں گاہے گاہے عفریتی خلیات ہوں، بعض اوقات ٹوٹی پھوٹی جرابوں اور دہنی غدد کے ردعمل کے طور پر پائی جاتی ہے - گلابی درنیہ میں، دقیق اور حالیہ بثور میں بھی واضح الحدود درنہ آسا دریزشیں پائی جاتی ہیں، جو برآدمہ کے عین نیچے واقع ہوتی ہیں، اور جنمیں کہیں کہیں عفریتی خلیات ہوتے ہیں - ممکن ہے وہ گرد جرابی ہوں یا کسی عرقی قنات کے گرد ہوں، لیکن اکثر وہ غدی زائدوں سے بے تعلق ہوتی ہیں، جو کہ گلابیہ کے برعکس ہے -

علاج - جلد کی درنی حالتوں کے لئے جو عام علاج بیشتر بتایا جاچکا ہے، اسکے علاوہ راقم الحروف اور دوسروں نے طلائی مرکبات (gold compounds) کے اثرات نہایت مفید پائے ہیں -

تصلبی احمرار (erythema induratum) (مرض بیزن

= Bazin's disease) ۔ تصلبی احمرار کی اصطلاح کے تحت عسیر الاندمال تحت الجلدی گرہکوں کی دو قسمیں شامل ہیں، ایک درنی اور دوسری غیر درنی ۔ اول الذکر کو اس ملک میں عام طور پر مرض بیزن کے نام سے یاد کرتے ہیں، اور یہ تقریباً استثنائی طور پر اُن نوعمر لڑکیوں میں دیکھی جاتی ہے جنکی ٹانگیں شحمی، ازرق اور اذیمائی ہوتی ہیں، جنمیں عروقی رکود موجود ہوتا ہے، جو زیریں ترین ایک ثلث حصہ کی عقبی بیرونی سطح پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے (ساقِ دوشیزہ کا احمراری زرقاق" = "erythrocyanosis crurum puellaris") ۔ چونکہ یہ گرہکیں سدا دی مبدا کی ہوتی ہیں، یہ نہایت عام طور پر اسی رقبہ پر واقع ہوتی ہیں ۔ یہ مختلف جسامت کے گہرے تصلبی، سرخی مائل یا بنفشئی رقاع کے طور پر نمودار ہوتی ہیں، جو ممکن ہے کہ بتدریج حل ہوجائیں، یا پھوٹ کر ایک روغنی سیّال کا رشحہ خارج کریں، جو شحمی تنخّر کا حاصل ہوتا ہے ۔ آخر الذکر حالت میں عسیر الاندمال قروح پیدا ہوجاتے ہیں، جنمیں ریم زا عضویوں کی ثانوی سرایت واقع ہوجاتی ہے ۔ جیسا کہ توقع کی جاسکتی ہے طویل عرصوں تک کھڑے رہنے سے تازہ گرہکوں کے وقوع کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے، کیونکہ زیادہ عرصہ تک کھڑے رہنے سے عروقی رکود بڑھ جاتا ہے، اور بستر میں آرام کرنے سے اِن گرہکوں کے انحلال میں سرعت پیدا ہوجاتی ہے ۔

مرضی تشریح ۔ جیسا کہ شاؤمان رائے ظاہر کرتا ہے، اغلب ہے کہ تصلبی احمرار اور لھیبہ کی تحت الجلد قسم میں درنی عصیات کسی تحت الجلد ورید کے عروق العروق میں سے ایک عرق کے اندر ٹھہر جاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک علقیتی التہاب ورید واقع ہوجاتا ہے ۔ اِس علقیت یافتہ عرق کے گرد ورید کی دیوار میں درنہ آسا دریزش ہوسکتی ہے ۔ جیسا کہ گرہ دار احمرار (erythema nodosum) میں ہوتا ہے، تحت الجلد چربی کا وسیع تنخّر ہوتا ہے، جسکے حاصلات کو نسیجی خلیے اور عفریتی خلیے جذب کرلیتے ہیں ۔

بحث اسباب ۔ تصلبی احمرار کی یہ قسم غالباً ہمیشہ درنی مبدا کی ہوتی ہے ۔ گرہکوں سے نکلے ہوئے مواد سے متعدد کامیاب حیوانی تطعیمات عمل میں

لائی گئی ہیں ۔ اِسکے مریضوں میں ٹیوبرکیولین سے قوی مثبت جلدی اور دروں آدمی کا شفات حاصل ہوتے ہیں، اور اگر اُسکا اشراب کر دیا جائے تو نمایاں ماسکی تعاملات پائے جاتے ہیں ۔ ختنازیری حزاز کی طرح، یہ ثوران ایک درنی شخص میں ٹیوبرکیولین کے علاجی اشراب کے بعد پہلی بار پیدا ہو سکتا ہے ۔ عموماً اُسی مریض میں ثوری تنخری درنیے اور تصلبی احمرار دونوں ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں ۔

ڈاریئر راؤسی کا تحت الجلدی لحمیہ (subcutaneous sarcoid of Darier-Roussy)

درنیہ کی یہ قسم نہایت قریبی طور پر تصلبی احمرار کی درنی قسم سے مماثل ہوتی ہے ۔ اِسکے اضرار غیر الالتہابی تحت الادمہ گرہکوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جنکی جسامت ایک مٹر کے دانہ سے لیکر اخروٹ کے برابر مختلف ہوتی ہے، یا نسبتہً اور بھی بڑی ہو سکتی ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ کم و بیش التقائی ہو کر رقاع بنا دیں ۔ اِنکے اوپر کی جلد طبعی رنگ کی یا نیلگوں، اور کہیں کہیں چپکی ہوئی ہوتی ہے ۔ یہ دونوں صنفوں کے بالغوں میں ہوتے ہیں، اور بچوں میں شاذ ہی ہوتے ہیں ۔ اِنکے انتخابی مقامات کتفی خطہ، سینہ کے اطراف، پہلو یا کمر، اور رانیں ہیں۔ لیکن یہ بازوؤں اور ٹانگوں پر، بلکہ جلد الراس پر بھی پائے جا سکتے ہیں ۔ تصلبی احمرار اور درنی صمغیوں کے برعکس، اِنمیں تنخر اور اُسکے ساتھ تقرح کبھی نہیں واقع ہوتا ۔

مرضی تشریح نسیجیاتی مناظر تصلبی احمرار کے مناظر سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن درنی ساخت زیادہ واضح ہوتی ہے ۔ شحمی تنخر کے ساتھ عفریتی خلیوں کے تمثیلی نظامات پائے جاتے ہیں ۔

بحثِ اسباب ۔ گرہکوں سے نکلی ہوئی بافت کے ذریعہ کامیاب حیوانی تطعیمات کی گئی ہیں، اور ٹیوبرکیولین سے مثبت مقامی اور ماسکی تعاملات حاصل ہوئے ہیں ۔

لحمیات

874

(sarcoids)

ثورانات کے ایک نہایت اہم گروہ کی جماعت بندی لحمیات (sarcoids)

کی اصطلاح کے تحت بہ سہولت کی جا سکتی ہے، لیکن اِنکے متعلق اب بھی بہت خلط ملط موجود ہے۔ مندرجۂ ذیل بیان میں بڑی حد تک شاؤمان کے خیالات کا اتباع کیا جائیگا (24) جنکے ہم سلیم لمفی ذراتی سلعہ (benign lymphogranuloma) کے تصور کے لئے ممنون احسان ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ مزید تحقیقات ان خیالات میں ترمیم کی مقتضی ہو۔

ثورانات کی جن اقسام پر لحمیات کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے، وہ حسب ذیل ہیں:-

(۱) بوئیک کا متعدد سلیم بثوری لحمیہ (multiple benign papular sarcoid of Boeck) جسے آب بہت سے اصحاب منتشر دخنی ذئبہ آسا (disseminated miliary lupoid) کہتے ہیں۔

(۲) بوئیک کا بڑا گرہکی سلیم لحمیہ (large nodular benign sarcoid

(۳) ڈاریئر راؤسی کا تحت الادمہ لحمیہ (hypodermic sarcoid)

(۴) ذئبہ خصرتی (lupus pernio)

شاؤمان کی رائے ہے کہ چھوٹے بثوری اور تحت الادمہ اقسام کو درنیوں کے زمرہ میں شمار کرنا چاہیئے (جو ملاحظہ ہوں)، اور بڑے گرہکی جلدی لحمیہ اور ذئبہ خصرتی کو اُسکے سلیم لمفی ذراتی سلعہ کا جزو سمجھکر احراری ذئبہ کی درنی قسم اور اسٹرن برگ (Sternberg) کے خبیث لمفی ذراتی سلعہ (مرض ہاجکن = Hodgkin's disease) کے ہمراہ تدرن نما (paratuberculosis) کے طور پر جماعت بند کر دینا چاہیئے۔

ذئبہ خصرتی اور گرہکی سلیم لحمیہ (lupus pernio & nodular benign sarcoid)
(سلیم لمفی ذراتی سلعہ (benign lymphogranuloma =

شاؤمان کی تحقیقات مستحق شکریہ ہے کہ اب اُسی کے بدولت تسلیم کر لیا گیا ہے کہ یہ ذراتی سلعہ کی ایک وسیع پھیلی ہوئی اور مزمن قسم کے جلدی اضرار ہیں، جو جلد اور تحت الجلدی بافت کے علاوہ لمفی غدد، لوزتین، جوارح کی ہڈیوں، پھیپھڑوں، طحال اور جگر کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ اِس مرض کی شدید

اصابتیں شاذ ہیں۔ اُنمیں چہرہ، کانوں، اور اطراف کے ذئبہ خصرتی کے ساتھ متعدد لحمیتی اضرار دیکھے جا سکتے ہیں، جو اوپری ذئبہ آسا گرہکوں سے لیکر بڑے تحت الجلد سلعات تک مختلف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ہاتھ پاؤں کی ہڈیوں اور پھیپھڑوں کی شعاعی ترسیمات سے وسیع ماؤفیت ظاہر ہو۔ اِسکے برعکس نسبتہً خفیف اصابتیں غیر عام نہیں، جنمیں صرف معتدل جسامت کی چند منتشر لحمیتی (sarcoid) گرہکیں موجود ہوتی ہیں، اور ذئبہ خصرتی یا ہڈیوں اور پھیپھڑوں کی ماؤفیت کے ظواہر نہیں پائے جاتے۔

ذئبہ خصرتی - یہ اصطلاح اُس منتشر متشاکل درریزش کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو ناک، وجنی خطوں، صیوانات الاذن، ہاتھوں کی پشت، ہاتھ کی انگلیوں، اور زیادہ شاذ حالتوں میں پاؤں کی اُنگلیوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ اِن اورام کا قوام گُندھے ہوئے آٹے کی طرح، اور رنگ نیلگوں رمادی، بعض اوقات ایک سرخی مائل جھلک کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہاتھوں کی اُنگلیاں دوک نما شکل کی ہوجاتی ہیں، اور ممکن ہے کہ زیر افتادہ ہڈیوں کے اتلاف سے تشوہ (شوکہ منتفخ (spina ventosa) پیدا ہوجائے۔ بعض اوقات تقرح اور اُس کے ساتھ انداب موجود ہوتا ہے۔

گرہکی لحمیہ (nodular sarcoid)۔ سب سے اوپری گرہکیں رنگ میں زردی مائل سرخ، گروہوں میں مجتمع، اور عام ذئبہ کی گرہکوں سے قریبی طور پر مشابہ، لیکن نسبتہً زیادہ سخت ہوتی ہیں۔ دوسری مٹر کے دانہ سے لیکر اخروٹ کے برابر مختلف جسامت کی ہوتی ہیں، اُنکا رنگ گلابی یا خاکستری ہوتا ہے، اور وہ ممیز طور پر نیم شفاف نظر آتی ہیں۔ سب سے بڑے اضرار ادمی یا تحت الادمی اورام بنا دیتے ہیں، جو بعض اوقات بیضۂ مرغ کے برابر بڑے ہوتے ہیں، اُنکا رنگ ذئبہ خصرتی کی طرح نیلگوں رمادی ہوتا ہے، اور وہ بالخصوص بازوؤں، ٹانگوں، دھڑ، اور چہرے کے وجنی خطہ میں واقع ہوتے ہیں۔ انحلال واقع ہوسکتا ہے، جس کے بعد برافتادہ جلد لجلجی رہ جاتی ہے، یا ممکن ہے سطح میں تقرح ہوکر پپڑیاں بن جائیں۔

لحمیہ کی ایک شاذ قسم اور ہے جو علیحدہ بیان کی مستحق ہے ۔ یہ نہایت عام طور پر عورتوں میں دیکھی جاتی ہے، اور اسکے اضرار زیادہ تر جلد الراس، پیشانی، کنپٹیوں، کانوں اور گردن میں پائے جاتے ہیں۔ ابتدائی ضرر ایک اُبھری ہوئی گرہک ہوتا ہے، جو رنگ اور منظر میں عام ذئبہ کی گرہک سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ یہ گرہکیں گروہوں کی شکل میں پیدا ہونے کا رجحان رکھتی ہیں، اور محیطاً پھیلنے کا رجحان رکھتی ہیں، جبکہ ان کے مرکز میں انحلال اور اُسکے ساتھ انداب واقع ہوتا رہتا ہے ۔۔ اس طریقہ سے مکمل یا نامکمل حلقے بنجاتے ہیں جو نشیب دار ندبی مرکز کو گھیر لیتے ہیں۔ اِنکے کنارے سرخی مائل زرد لحمیتی درریزش سے بنتے ہیں۔ یہ حالت غلطی سے قاعدی خلیات والے سرطانی سلعہ کی عدیداوپی قسم سمجھی جا سکتی ہے، لیکن اِسکی گوروں کے "سیب کی جیلی جیسے" رنگ کی وجہ سے ایسے خلط ملط کا سدباب ہونا چاہئیے۔ متذکرہ بالامقامات
875 میں ایسے کثیر التعداد اضرار مل سکتے ہیں، جو اپنے ارتقائی درجہ میں منفرد دائری یا بیضوی گرہکوں سے لیکر جداگانہ یا وسیع الحدود التقائی حلقوں تک مختلف ہوتے ہیں۔ اِن کے مستقل ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جو بلاشبہ جلد الراس پر صلعہ (alopecia) کے ندبی رقبے پیدا کردیتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ ذئبہ خصرتی اور لحمیتی گرہکیں سرحلمہ آسا خلیوں، لمفی خلیوں، اور کہیں کہیں عفریتی خلیوں کے لختکی تودوں پر مشتمل ہوتی ہیں، جو اتصالی بافت کے ڈوروں سے جدا ہوتے ہیں۔ جیسا کہ تذکرہ کیا گیا ہے، ایسی ہی نسیجیاتی ساخت رکھنے والی گرہکیں لمفی غدد، لوزتین، جوارح کی ہڈیوں کے لُب، اور پھیپھڑوں میں واقع ہوتی ہیں۔ ہڈیوں کے اندر یہ عظمی بافت کو تلف کرکے انجذاب کے ممیز رقبے پیدا کردیتی ہیں، جو شعاعی ترسیمات کے صفحات میں سیاہ نظر آتے ہیں۔ یہ رقبے زیادہ تر مدوّر اور واضح الحدود ہوتے ہیں، لیکن اگر مختلف عمل وسیع ہو تو یہ بیقاعدہ ہوسکتے ہیں۔ یہ خاص طور پر سُلامیات میں، اور بعد رسغی اور بعد حمارتی ہڈیوں میں اُنکی انتہاؤں کے قریب دیکھے جاتے ہیں، لیکن رسغیہ اور حمارہ کی ہڈیوں، بلکہ لمبی ہڈیوں کے سروں پر بھی واقع ہوسکتے ہیں۔ چونکہ یہ مطروحات اوّلی طور پر مغز استخوان میں واقع ہوتے ہیں، لہذا ممکن ہے کہ عظمی بافت میں لازماً کوئی تغیر ہوئے بغیر بھی

مغز استخوان وسیع طور پر ماؤف ہوجائے۔

بحث اسباب۔ شاؤمان کی رائے میں آسکے سلیم لمفی ذراتی سلعہ (جسکے خصوصی ذئبہ اور لحمیہ جلدی مظاہر ہیں) کا مبداء (غالباً بقری قسم کے) عصیہ درنیہ کی تقطیع پذیر قسم کی سرایت ہے۔ اُس نے گینی پگوں کے اندر تین مریضوں کے بُساقات کی تطعیم کی اور جب تک کہ وہ انہیں کئی جانوروں سے گذار نہ چکا، وہ تجربی تدرّن کی مستند شکل پیدا کرنے میں اور عصیہ کی کاشت کرنے میں کامیاب نہ ہوا، جو کہ دو مریضوں کی صورت میں بقری قسم کا اور تیسرے میں غیر تمثیلی قسم کا تھا۔ درنی تسبیب کی تائید میں وہ اِس حقیقت کو بھی پیش کرتا ہے کہ حقیقی سلیم لمفی ذراتی سلعہ میں تعامل وان پرکی (Von Pirquet) ہمیشہ منفی ہوتا ہے، یعنی مریض فی الحقیقت معمولی اشخاص کی نسبت ٹیوبرکیولین کے لئے کم حساس ہوتا ہے، اور وہ اس امر کو ناممکن سمجھتا ہے کہ درنیے، جو بلند درجہ کی جلدی حساسیت اور قوی مثبت ٹیوبرکیولینی تعاملات کے ساتھ وابستہ ہیں، سلیم لمفی ذراتی سلعہ کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتے ہیں۔

شاؤمان کی اصابتوں میں سے بعض میں ریوی تدرّن پیدا ہوگیا، اور پھیپھڑوں کی اس ماؤفیت سے جلدی لحمیہ کے اضرار غائب ہوگئے اور وان پرکی تعامل مثبت ہوگیا۔ لیکن اس امر کو لمحوظ خاطر رکھنا چاہیئے کہ جب فاعلی طور پر ترقی پذیر سِل ریوی پیدا ہوجاتا ہے، تو درنیے بلکہ عام ذئبہ بھی عموماً غائب ہوجاتے ہیں، اور پھیپھڑے کے مرض کی توسیع کے ساتھ وان پرکی تعامل کم ہوکر بالآخر منفی ہوجاتا ہے۔

علاج۔ بعض اصابتوں میں راقم الحروف کو مرکبات طلائ (gold compounds) کے اشرابات سے (جیسے کہ احمراری ذئبہ کے علاج کے لئے دیئے جاتے ہیں) تشفی بخش نتائج حاصل ہوئے۔ گرے (Gray) نے سوڈیم مورہوئیٹ (sodium morrhuate) کے درون عضلی اشرابات کو بہت مفید پایا، اور ایک اصابت میں جو راقم الحروف کی زیر نگرانی تھی (اور جو ان کی مشاہدہ کردہ اصابتوں میں سلیم ذراتی سلعہ کی سب سے زیادہ وسیع اور ممیز مثال تھی)، یہ اشرابات آیوڈین اور کاڈلیور آئل کے داخلی استعمال اور مصنوعی دھوپ کے غسلوں کے ساتھ ساتھ دیئے گئے، اور آخری نتیجہ نہایت خیرناک پایا گیا۔

ڈاریئر ٹیوبر کیولین کے دروں آدمی اشرابات کے ساتھ نووارسینو بلان
(novarsenobillon) دروں وریدی راہ سے دینے کا مشورہ دیتا ہے - آخر الذکر سے
یا سنکھیا براہِ دہن دینے سے شاذونادر مفید نتائج حاصل کرنے میں ناکام رہا - ہوڈیلو
(Hudelo)، مانٹ فائر (Montfaur) اور لی فاریسٹیئر (Leforestier) نے
خصرتی ذئبہ کی ایک اصابت میں کاکوڈیلیٹ آف سوڈا (cacodylate of soda) کی
بڑی معتادوں کے اِشرابات سے کامیابی حاصل ہونے کا تذکرہ درج کیا ہے - حال ہی
میں لوم ہولٹ (Lomholt) نے اینٹی لیپرال (antileprol) کے اشرابات سے ضرار
کے دور ہو جانے یا ان میں اصلاح ہو جانے کی اطلاع دی ہے -

قرحۂ رخوہ

(SOFT SORE)

(نرم آکولہ = soft chancre)
(آکولہ غا = chancroid)

قرحۂ رخوہ یا نرم آکولہ ایک گول یا بیضوی قرحہ ہے، جو ایک مختصر زمانۂ حضانت
کے بعد نہایت سرعت کے ساتھ نمویاب ہو جاتا ہے، اور ذاتی طور پر تطعیم پذیر ہوتا ہے -
نوعی سرایت رساں عضویہ (عصیۂ ڈکری و اُنّا = Bacillus of Ducrey-Unna)
کے حملہ کے مقام پر بارہ سے لیکر چوبیس گھنٹوں کے اندر ایک چھوٹا التہابی بثرہ نمودار 876
ہو جاتا ہے، جو جلد ہی ایک قائحہ بنجاتا ہے جو ایک چمکدار سرخ قاعدہ پر واقع ہوتا ہے -
اِس قائحہ کے پھٹ جانے پر یہ ممیز قرحہ بنجاتا ہے، یعنے تطعیم کی تاریخ سے چار یا پانچ دنوں
کے اندر اندر - اِس قرحہ کا قاعدہ خاکستری انگوروں سے بنتا ہے، جو زرد، بالائی نما
ریمی فلم سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں - اِسکی کورایں تیز کٹی ہوئی یا کُولی ہوئی ہوتی ہیں،
اور غور سے دیکھنے پر خفیف تقلقل ظاہر کریگی - یہ ایک قیمتی تشخیصی امارت ہوتی ہے -
اِس کا قاعدہ اُذیمائی ہوتا ہے، مگر آکولہ (chancre) کے قاعدہ کی طرح متصلب
نہیں ہوتا - ضرر کا محیط چمکدار سرخ ہوتا ہے - اِس قرحہ میں سے ایک ریمی افراز کا ارتشاح

ہوتا ہے، جس سے جلد کے متصلہ رقبوں کی تطعیم واقع ہوجاتی ہے۔ اسی واسطے ایک منفرد ضرر شاذ ہی دیکھنے میں آتا ہے، اور عام طور پر متعدد قروح پائے جاتے ہیں، جو ایک سے زائد نقطوں پر ایک ساتھ تطعیم ہونے کی وجہ سے، یا ایک ابتدائی منفرد زخم سے ذاتی تطعیم واقع ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ متعدد اضرار کے التقاء سے، جن کی جسامت ایک مٹر کے دانہ سے لیکر انگلی کے ناخن کے برابر تک مختلف ہوتی ہے، تقرح کا ایک وسیع رقبہ پیدا ہوجاتا ہے۔

قرحہ یا قروح نمودار ہونے کے چند ہی دنوں کے اندر، قرب و جوار کے لمفی غدد، عموماً ایک، یا زیادہ شاذ حالتوں میں، دونوں جانب پر کلانی یافتہ اور دردناک ہوجاتے ہیں، اور بالخصوص ایک غدہ کے ماؤف ہوجانے کا رجحان زیادہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ نرم ہوکر جلد کے آرپار پھوٹ نکلے اور نرم یا اکولہ نمائی کبتہ (soft or chanchroidal bubo) پیدا کردے۔

قروح رخوہ کا محل وقوع مختلف ہوتا ہے، لیکن انکی بڑی اکثریت اعضائے تناسل اور انکے متصلہ حصوں پر دیکھی جاتی ہے۔ مردوں میں غلفہ، اکلیل اور عنق، اور لجام (جسکا مثقوب ہوجانا ممکن ہے) نہایت عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ عورتوں میں دہلیز، قید الشفرین، شفران صغیر، حشفۃ البظر، اور میزر ماؤف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ذاتی تطعیم سے متصلہ خطے، مثلاً عانہ، بین سرینی ورز، رانوں کی اندرونی سطحیں، ماؤف ہوجائیں۔ اعضائے تناسل سے باہر کے قروح رخوہ نہایت شاذ ہیں، اور یہ گو ہمیشہ نہیں مگر اکثر تناسلی اضرار سے ذاتی تطعیم واقع ہوجانے کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں۔

پیچیدگیاں۔ متقیح کبتہ کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے۔ اسکے علاوہ عروق لمفائیہ کا التہاب، قضیب کے ظہری عروق لمفائیہ کا پھوڑا (البُبَیبَہ = bubonulus)، ضیق الغلفہ، اختناق الغلفہ، آکلہ اور گنگرین پیدا ہوسکتے ہیں۔ آکلہ اصلی قروح، اور متقیح کبتہ دونوں سے پیدا ہوسکتا ہے۔

بحث اسباب۔ نرم قرحہ کا سبب وہ سمی عصیہ (streptobacillus) ہے، جو ڈکری اور انّا نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک قصیر القامت گرام منفی عصیہ ہے، جو میتھلین بلیو (methylene-blue) سے بآسانی رنگ قبول کرلیتا ہے۔ یہ مصنوعی

طور پر مشکل سے اُگایا جا سکتا ہے، لیکن پپنوئیدہ اِنسانی جلد اور بعض دوسرے مخصوص وسائط پر اِس کی کاشت حاصل کی گئی ہے۔ بندروں پر اِس عضویہ کی تطعیم کامیابی کیساتھ کیگئی ہے۔ سرایت عموماً براہِ راست مباشرت سے واقع ہوتی ہے، لیکن شاذ صورتوں میں بالواسطہ بھی ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ قرحۂ رخوہ کے مخصوص ممیز خصائص حسب ذیل ہیں:۔ مختصر زمانۂ حضانت، سریع تقرّح کا رجحان، ذاتی تطعیم پذیری اور اِس کی وجہ سے پیدا ہونے والا تعدّد، لمفی غدد کی سریع الوقوع ماؤفیت اور اُنکے متقیح ہونے کا امکان، قاعدہ کے تصلّب کا فقدان، قرحہ کی منفصل کور، اور اِس مرض کا دردناک ہونا۔ اِسمیں اور ایک آتشکی اکولہ، پیش تناسلی نملہ (herpes progenitalis)، خارشت (scabies) کے اضرار، مخاطی چکتیوں، ثالثی صمغیتی تقرّح، اور سرطانی سرحلمی سلعہ (epithelioma) میں تمیز کرنا چاہیئے۔

سخت اور نرم اکولوں کے درمیان مندرجۂ ذیل فرق یاد رکھنا چاہیئے (Pusey)۔

سخت اکولے	نرم اکولے
زمانۂ حضانت دو ہفتوں سے لے کر پانچ ہفتوں تک۔	زمانۂ حضانت دو یا تین دن۔ یہ چار پانچ دن میں ایک قرحہ بنجاتا ہے۔
ایک تاکل یا اوپری قرحہ، جسکی کوریں ڈھلوان ہوتی ہیں، اور افراز قلیل المقدار ہوتا ہے۔	ایک لال بھبوکا قرحہ جسکے گرد ایک سرخ ہالہ ہوتا ہے، کوریں کوٹی ہوئی، کنارہ منفصل، اور ریمی افراز بکثرت ہوتا ہے۔
متصلب غضروفی قاعدہ۔	خفیف التہابی تصلّب۔
تقریباً غیر مؤلم ہوتا ہے۔	877 اکثر نہایت دردناک ہوتا ہے۔
ذاتی طور پر تطعیم پذیر نہیں ہوتا۔	ذاتی طور پر تطعیم پذیر ہوتا ہے، اور اسیوجہ سے متعدد اضرار عام ہوتے ہیں، جو مختلف مدتوں کے اور مختلف جسامتوں کے ہوتے ہیں۔
اگر متعدد ہوں تو متعدد اوّلی تطعیمات کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور یہ اضرار ہم عمر ہوتے ہیں۔	

غدی التہاب عموماً ایک جانبی ہوتا ہے -
غدی التہاب حاد، دردناک، اور التہابی ہوتا ہے، اور اس سے متقیح کتبہ پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے -

غدی التہاب دوجانبی ہوتا ہے -
غدی التہاب عسیر الاندمال اور غیر مؤلم ہوتا ہے
کلافی یافتہ غدد متعدد اور جدا جدا ہوتے ہیں -

لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ عصیہ ڈکری اور پیچ سلکیہ شاحب (treponema pallidum) دونوں کی ہمزمان تطعیم ایک ساتھ واقع ہوسکتی ہے، اور اسوجہ سے ہر نرم قرحہ کو بالقوہ سخت آکولہ سمجھنا چاہیے - قرحہ کی سطح کو پہلے صاف کرکے اُس کی کورا سے مصل لے کر بار بار متواتر امتحان کرکے پیچ خیطیہ کو تلاش کرنا چاہیے -

علاج - اگر ممکن ہو تو مریض کو بحالت سکون رکھنا چاہیے، کیونکہ ورزش تقیحی غدی التہاب پیدا کرنے میں ممد ہوتی ہے - قرحہ کو روزانہ کئی بار پرکلورائڈ آف مرکیوری (دو ہزار میں ایک طاقت کے) پوٹاسیم پرمینگنیٹ (ایک ہزار میں ایک حصہ)، یا کاربولک ایسڈ (ایک تا دو فیصدی) کے گرم محلولات سے صاف کرنا چاہیے، اور پھر آیوڈوفارم یا ارسٹال (aristol) کا سفوف آزادانہ لگانا چاہیے - دوسرا طریقہ یہ ہے کہ نرم روئی کے پھاہے پر خالص کاربولک ایسڈ لگا کر اُس سے قرحہ کو اچھی طرح پھاڑ کر تلف کردیا جائے اس سے حاد التہابی تعامل پیدا ہوکر ایک غشیۂ بنجاتا ہے، اور اسکے گرجانے پر ایک تندرست زخم باقی رہ جاتا ہے -

انفی سلعۂ صلب

(rhinoscleroma)

یہ ناک کے فاصل اور اجنحہ کی ایک کثیف دررزش ہے، جو اُسے ہاتھی دانت کی طرح سخت، اور موٹا اور استوار بنا دیتی ہے - اُسکی سطح چکنی یا ناہموار، اور رنگ طبعی یا بھورا سا سرخ ہوجاتا ہے - مخاطی جھلی بھی ماؤف ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اُسکے ورم کی وجہ سے دہانے مسدود ہوجائیں - توسیع سے بالائی اور زیرین ہونٹ، مسوڑھے برمزمار، حنجرہ، قصبۃ الریہ، جبڑے، اور نرم تالو، جو کہ مثقوب ہوسکتا ہے، ماؤف ہوجاتے ہیں - جو تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ یہ ہیں :- پلازمائی خلیوں سے آدمہ اور

خلیات کی دروریزش، بڑے نیم شفاف المختلط یا یافتہ خلیوں (Mikulicz cells) اور عصیات یعنی عصیاتِ فرش (bacilli of Frisch) کی موجودگی جو فریڈلینڈر کے ذات الریوی عصیات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور بالخصوص خلیات میکولکز میں موجود پائے جاتے ہیں لیکن پلازمائی خلیوں اور بافت کے اندر بھی پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اسے چاقو سے نکال دینے یا کاویات سے تلف کردینے کی ضرورت ہو، لیکن پہلے لاشعاعوں کو آزمالینا چاہئے۔

اصابتوں کی اکثریت جنوبی روس، مصر، اطالیہ، اور ڈینیوب (Danube) کے دونوں ساحلوں (کیسٹیکس =Castex) پر واقع ہوئی ہے۔ بہت سی اصابتوں کی اطلاع امریکہ میں دی گئی ہے، جن میں صرف ایک ہی مہلک تھی۔

سرخ بادہ نما (erysipeloid)۔ اس ثوران کو سب سے پہلے مارنٹ بیکر (Marrant Baker) نے احمرارِ مارپیچ ("erythema serpens") کے نام سے بیان کیا، اور بعد میں روزن باخ (Rosenbach) نے، جس نے اسکو وہ نام دیا جس سے وہ اب مشہور ہے۔ یہ بالعموم ہاتھوں پر دیکھا جاتا ہے، لیکن چہرہ اور دوسری جگہوں پر ہوسکتا ہے۔ تازہ تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ خنزیری سرخبادہ کے عصیّہ سے جو کہ حیوانی مادہ پراگندہ خور ہوتا ہے، جلد کے اتفاقی طور پر سرایت زدہ ہوجانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ثوران، ایک احمرار کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو کہ نقطۂ تطعیم، بالعموم ایک کاٹ یا کھرینچ، کے گرد واقع ہوتا ہے۔ یہ محیطی طور پر پھیلتا ہے جبکہ مرکز میں زائل ہوتا جاتا ہے۔ اسکی رنگت نیلی سی سُرخ ہوتی ہے اور کنارہ اُبھرا ہوا اور خوب واضح ہوتا ہے۔ نئے رقبوں کے پیدا ہوجانے سے بے قاعدہ پیچدار شکلیں نمودار ہوسکتی ہیں۔ موضوعی علامات بالعموم خفیف ہوتے ہیں، لیکن خارش اور کسیقدر درد واقع ہوسکتا ہے۔ سرایت دو سے لیکر چار ہفتے کا واضح عمر رکھتی ہے۔

مرض کی اس خفیف قسم کے علاوہ، ایک اور زیادہ شدید قسم (25) لگا ہے گیا ہے دیکھی جاتی ہے۔ یہ ثوران وسیع طور پر پھیل جاتا ہے، اور مختلف اوقات میں تقریباً پوری جلد کو ماؤف کردیتا ہے۔ التہاب عروق لمفیہ اور التہاب مفاصل عام کسلمندی اور تپ کے ساتھ، اسکے ہمراہ پائے جاتے ہیں، اور اگرچہ خود بخود صحت یابی بالعموم چند ہفتوں

میں ہو جاتی ہے، تاہم اُسکا مزمن ہو سکتا ہے۔ ایک حاد عفونت الدموی قسم التہاب 878
مفاصل اور التہاب دروں قلب کے ساتھ ان بیماریوں میں ہو جاتی ہے، جو اس سرائت کے خلاف سوروں کی تسبیع کرتے وقت اتفاقی طور پر تطعیم یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض خاص طور پر ان میں پیدا ہو جاتا ہے جو گوشت، مچھلی، قشریات (crustacea)، کھالوں اور ہڈیوں کو چھوتے ہیں۔ گلکرائسٹ (Gilchrist) نے ۳۲۳ اصابتیں درج کی ہیں جنہیں یہ کیکڑوں کے کاٹنے یا تضرر سے پیدا ہو گیا، جب کہ زمانہ حضانت ۲ روز تھا۔ یہ انگلستان میں شاذ ہے، لیکن امریکہ میں یہ ایک اہم حرفتی مرض ہے، بالخصوص انہیں جو کہ مچھلی کی حرفت میں کام کرتے ہیں۔

علاج۔ متاثرہ رقبہ پر آیوڈین یا اکھتیال لگا دینا چاہیئے۔ شدید اصابتوں میں ایک غنیع مصل کے انشرابات مفید ثابت ہوئے ہیں۔

وہ امراض جو کہ فطرات سے پیدا ہوتے ہیں (فطریتیں)

جلدی فطریتیں دوسری جگہ بیان کی گئی ہیں یعنی شعاعی فطریت صفحہ 99 پر، نہوفسی فطریت صفحہ 102 پر، اور اس فصل میں جو کہ مداریتی امراض سے بحث کرتی ہے، صفحہ 1028 پر۔

برادمی فطریتیں

قراع یا شہدیہ

(favus)

اِس مرض میں، جو انگلستان میں شاذ ہے، برادمہ اور شعری جرابوں پر فطر کا حملہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے معمولی قوباء کی چکتیوں جیسی چکتیاں بنا دے، لیکن جلد ہی وہاں ایک چھوٹا، چمکدار زرد، کروی قرص نمودار ہو جاتا ہے، جسکا مرکز گڑھے دار، اور حاشیہ بتدریج پتلا ہونے والا ہوتا ہے۔ یہ جسے "قراعی پیالہ" ("favus cup") کہتے ہیں،

اسطرح پیدا ہوجاتا ہے کہ فطری عناصر برآدمہ کی تہوں کو جدا کر کے اوپر اٹھا دیتے ہیں، بجز اُسکے مرکزی نقطہ کے، جہاں شعری جراب جلد کے ساتھ ملحق ہوتی ہے۔ یہ ممیز ضرر جلد الراس پر، یا جسم کے کسی دوسرے حصے (مثلاً پیش بازو) پر واقع ہوسکتا ہے، جس کی تعیین تعدیہ سے ہوتی ہے۔ اور یہ نہ صرف ایک انسان سے دوسرے انسان میں بلکہ پالتو جانوروں (خرگوشوں، کتوں، بلیوں، اور دوسرے جانوروں) سے انسان میں منتقل ہوجاتا ہے۔ جب کثیر التعداد پیالے بنجاتے ہیں تو یہ مجتمع ہوکر ایک موٹی مسلسل زرد پپڑی پیدا کردیتے ہیں، جسکی سطح بیقاعدہ اور شہد کے چھتے جیسی ہوتی ہے، جسکے اندر سے ایک ناگوار بدبو نکلتی ہے جو چوہیوں کی بو سے مشابہ ہوتی ہے۔ شعری تاجے تلف ہوجاتے ہیں، بال گرجاتے ہیں، اور گنج پیدا ہوجاتا ہے۔ مزید برآں قراع کے تودے اکثر جوؤں کے لئے ایک ماویٰ بنجاتے ہیں، اور ابتدائی ضرر ایکزیما اور حصفہ سے پیچیدہ ہوجاتا ہے۔ اگر ان تودوں کو لائکر پوٹاسی (liquor potassæ) سے بھگو کر، خردبین کے نیچے امتحان کیا جائے تو سبوسۂ شانلینی (Achorion schönleinii) کے عدیم الجنس بذور ساقطہ اور فطرجال دکھائی دیتے ہیں۔ یہ عدیم الجنس بذور ساقطہ قوبائی فطرات کے عدیم الجنس بذور ساقطہ کی نسبت بڑے اور زیادہ مختلف ہوتے ہیں، اور فطرجال نسبتہً چھوٹا اور زیادہ جوڑدار ہوتا ہے۔

قراع کا فطر ناخنوں پر بھی حملہ آور ہوتا ہے۔ اُنکی شکل ویسی ہی ہوجاتی ہے جیسی کہ قوباء میں ہوتی ہے، اور بعض ناخنوں کے نیچے ایک ممتاز پیالہ بنجاتا ہے۔ ایسے ناخن کا امتحان اُسی طریقہ سے کیا جاسکتا ہے جسطرح کہ قوباء میں کیا جاتا ہے۔

انسان میں شاذ حالتوں میں سبوسہ کی دو دوسری انواع دیکھنے میں آتی ہیں:-
سبوسہ قونکیانی (Achorion Quinckeanum) جو قراع موش (mouse favus) کا فطر ہے، اور سبوسہ خانہ بدوشانہ (Achorion gypseum)۔

علاج - پپڑی کو تیل یا پولٹسوں سے نرم کرکے نکالدینا چاہیئے۔ یہاں طفیلیات کش ادویہ اور موچینی کی ضرورت ہوتی ہے، اور بیشتر اصابتوں کے لئے رانجنی شعاعیں اُسیطرح استعمال کرنی چاہئیں جسطرح کہ وہ قوباء کی حالت میں کیجاتی ہیں۔ اگر ناخن ماؤف ہوگئے ہوں تو اُنپر اُسیطرح عمل کرنا چاہیئے جسطرح کہ اُسوقت کیا جاتا ہے جب کہ وہ

خُرد بذوریہ (microsporon) یا شعری فطر (trichophyton) سے مرض زدہ ہو جاتے ہیں - یہ مرض بہت دشوار علاج ہے، اور بہ ظاہر شفایاب ہونے کے بعد اکثر پھر پھوٹ پڑتا ہے - مناسب ہے کہ عمدہ غذا اور مقوی ادویہ کے ذریعہ عام صحت کی نگہداشت کیجائے۔

قوباء (داد)

(ringworm)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹)

سعفہ یعنی قوباء کی اصطلاح، جلد، بالوں، اور ناخنوں کی سرایت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو کہ مختلف قسم کے فطرات سے واقع ہوتی ہے - یہ سب کے سب فلقہ دار فطری جال رکھتے ہیں اور "بذرات" بناتے ہیں، جنکی جسامت کو کسیقدر غیر یا تشفک طور پر جماعت بندی کے لئے اساس کے طور پر کام میں لایا گیا ہے - تاہم سریری اغراض کے لئے ہم سدرجۂ ذیل کو تسلیم کرتے ہیں - خرد بذوریات (microsporons) یا چھوٹے بذرات والے قوباء - یہ مشتمل ہوتے ہیں خرد بذوریہ آڈوئن (M. audouini) پر، جو کہ اس ملک (انگلستان) میں جلد الراس کے قوباء کی اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت کا، اور سعفہ پیچدار کی بعض اصابتوں کا سبب ہے - اور دوسری انواع پر جو حیوانوں کو اور بالواسطہ طور پر انسانوں کو سرایت زدہ کرتی ہیں، مثلاً خرد بذوریہ قططی (M. Felineum)، خرد بذوریہ فرسی (M. equinum)، خرد بذوریہ کلبی یا صوفی سگ (M. canis vel lanosum) - شعری فطر (trichophytons) یا بڑے بذرات والے قوباء - انکی تقسیم دروں شعری (endothrix) قسموں میں جن میں فطر صرف پورے طور پر سرایت زدہ بالوں کے اندر ہی پایا جاتا ہے، اور بیروں شعری (ectothrix) یا بیروں و دروں شعری قسموں میں کی جاتی ہے، جن میں بالوں کے اندر بھی اور باہر بھی پایا جاتا ہے - اول الذکر بظاہر صرف آدمی اور پرندوں کو ماؤف کرتی ہیں - آخر الذکر بہت سے جانوروں (گھوڑوں، کتوں، بلیوں، مویشیوں، ہرنوں اور پرندوں) میں پائی جاتی ہیں، لیکن ممکن ہے آدمی کو منتقل ہو جائیں - بر آدمی فطریات (epidermophytons) - یہ بالوں پر حملہ نہیں کرتے، بلکہ صرف جلد کی قرنی تہ اور 879

صفحہ ۵۹

الف ۔ خارشت ۔ بے شمار لہردار سرنگیں (runs) یا نقبیں ملاحظہ کی جائیں، نیز آبلے جو کہ ریم زا نبقات سے ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو گئے ہیں۔

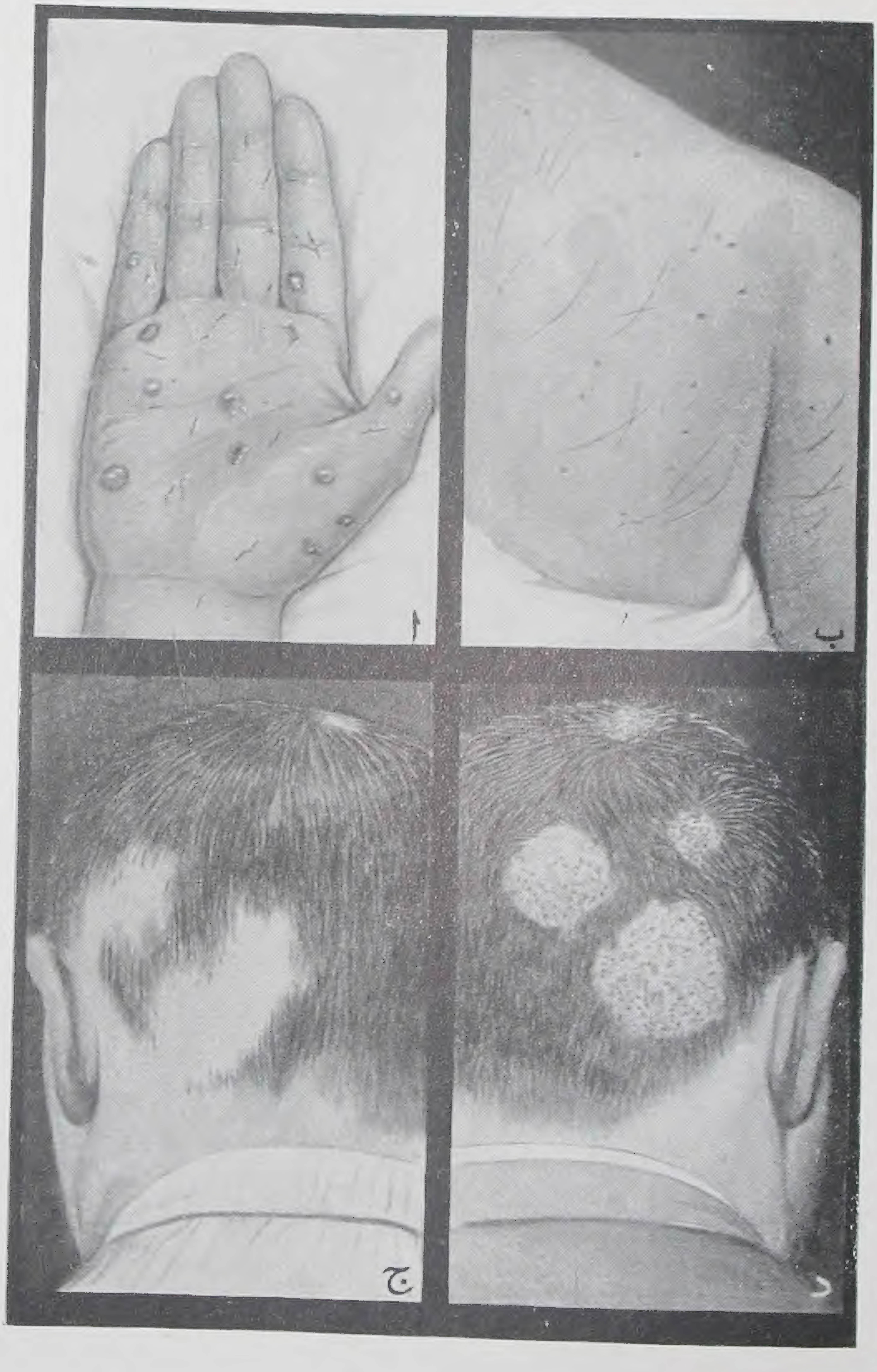
ب ۔ تقمل البدن ۔ کیتنی اور پچھلے بغلی خطے دکھائے گئے ہیں جو اس حالت میں انتخابی مقامات میں سے ہیں۔ خلی کھرینچنے کے نشانات اور دموی پپڑیاں ملاحظہ کیجائیں۔

ج ۔ صلعہ رقبی ۔ ملاحظہ ہو گنج کی چکتیوں کا چکتا پن ۔ بالوں کے ذبول اور جھڑنے کی وجہ سے ان کا بال دار جلد الراس کی عمومی سطح کے نیچے پست شدہ ہونا ۔ چھلکوں کی عدم موجودگی، اور "علامت فجائیہ" کی صورت کے بال، جو چکتیوں کے محیط پر پڑے ہیں اور صلعہ کا فعال پھیلاؤ ظاہر کرتے ہیں۔

د ۔ سعفہ بالخور ۔ چکتیوں کا کم و بیش مستدیر خاکہ ملاحظہ کرو نیز یہ امر کہ وہ نشیب دار نہیں ہیں کیونکہ سرایت زدہ بال ٹوٹ جاتے ہیں لیکن جھڑتے نہیں، آخر الذکر کی بے قاعدہ "افتاد" اور چھلکوں کی موجودگی ۔

بالمقابل صفحہ 878

صفحه (۵۹)



ناخنوں میں نشوونما پاتے ہیں - ان میں سب سے مشہور برادمی (بربی) فطر .E) (inguinale ہے، جو کہ آدمی سے مختص ہے، اور سعفہ ساقی (T. cruris) یا دھوبی کھجلی (dhobi itch) کا، اور ہاتھوں اور پاؤں کے معمولی تسمیلی قوباء کا سبب ہے۔

ان فطرات کو مصنوعی واسطوں پر کاشت کیا جا سکتا ہے - اور یہ صرف انکے کاشتی خصائص ہی ہیں جن کی بناء پر ہم ان کو سائنٹفک طور پر جماعت بند کر سکتے ہیں۔

سریری طور پر قوباء کو کسی حد تک اس مقام کے لحاظ سے جماعت بند کر سکتے ہیں کہ جو متاثر ہوتا ہے - چنانچہ ہم سعفۂ بالخورہ (T. tonsurans) (جلد الراس کا قوباء)، سعفۂ پیچدار (T. circinata) (بے بال جلد کا قوباء)، سعفۂ انجیریہ (T. sycosis) (داڑھی کا قوباء)، سعفۂ ناخن (T. unguium) (ناخنوں کا قوباء)، اور سعفۂ ساقی (T. cruris) (لماتگوں کے بیچ کا قوباء، جسے "ایگزیما حاشیہ دار"، "دھوبی کھجلی" اور "برمی قوباء" :Burmese ringworm بھی کہتے ہیں) کے الفاظ استعمال کرتے ہیں۔

بالخورہ سعفہ (tinea tonsurans) (قوبائے سر) - یہ مرض مدارس اور مماثل اداروں میں غرباء کے لئے ایک بڑی بلا ہے۔ یہ بچوں میں کثیر الوقوع ہے، مگر شیرخواری کی عمر میں شاذ ہوتا ہے، اور بالغ اس سے بآسانی متاثر نہیں ہوتے۔ یہ تماس سے، اور اُن ہیٹوں (hats)، ٹوپیوں، برشوں، کنگھوں اور تولیوں سے پھیلتا ہے جو مشترک طور پر استعمال کئے جاتے ہیں۔

یہ عام طور پر پہلے ایک گول چکتی کے طور پر نمودار ہوتا ہے، جس پر بالوں کی بالیدگی دوسری جگہ کی نسبت بہت باریک ہوتی ہے۔ غور سے امتحان کرنے پر یہاں کی جلد گلابی، شاید قدرے متورم، اور باریک بھوسی جیسے چھلکوں سے ڈھکی ہوئی نظر آتی ہے - چھدرے پھیلے ہوئے لمبے اور تندرست بالوں کے علاوہ بالوں کے متعدد ٹوٹے ہوئے ٹنڈ نظر آتے ہیں، جو غیر شفاف، سیاہ یا گہرے بھورے رنگ کے، مڑے ہوئے یا خمیدہ ہوتے ہیں - ایک چکتی کو کلوروفارم سے رگڑنے سے یہ ٹنڈ سفیدی مائل اور زیادہ آسانی سے نظر آنے لگتے ہیں - اگر ان ٹوٹے ہوئے بالوں میں سے ایک آدھ کو چمٹے سے اکھاڑنے کی کوشش کیجائے تو وہ تقریباً یقینی طور پر بیچ میں سے ٹوٹ جائیگا۔

اب اگر اُسے لائکر پوٹاسی کے ایک قطرے سے بھگو کر خوردبین کے نیچے رکھدیا جائے، تو اس حالت کی توجیہ ہوتی ہے - جرم بالکل غیر شفاف نظر آتا ہے، بال کی قدرتی ساخت ناقابل شناخت ہوتی ہے، اور معلوم ہوتا ہے کہ بال متغیر ہوکر فطری بذروں (عدیم الجنس بذور ساقطہ) کا ایک تودہ بنگیا ہے - لیکن یہ صرف بذروں کی ایک پوشش ہے جو بال کو گھیرے ہوئے ہوتی ہے، اور خود بال کے اندر زیادہ تر فطرجال کی نالیاں جاگزین ہوتی ہیں اور یہ نالیاں طولی رُخ میں دوڑتی ہیں - یہ اُن بالوں کے اندر جو نسبتہً غیر مکمل طور پر مرضی ہوں، زیادہ آسانی کے ساتھ نظر آسکتی ہیں -

یہ چکیتی اُس کے محیط پر کے بالوں کے ماؤف ہوتے جانے سے پھیلتی ہے، اور جلد الراس کے دوسرے حصوں میں تازہ چکتیاں بنتی ہیں - جیسے جیسے یہ بڑی ہوتی جاتی ہیں، یہ لمبے بالوں سے زیادہ کامل طور پر معرا ہوتی جاتی ہیں، گو انمیں تقریباً ہمیشہ متذکرہٗ بالا چھوٹے ٹنڈ معتدبہ مقدار میں نظر آتے ہیں - اور ممکن ہے کہ یہ کھرنڈ دار پپڑیوں، یا دہنی مادے سے گھرے ہوئے اور انکے ساتھ مخلوط ہوں، یا ایک سپیدی مائل رنگ کے سفوف کے ساتھ جسکا ایک جزو غالباً فطری عناصر ہوتے ہیں - یہ چکتیاں آہستہ آہستہ پھیلتی جاتی ہیں - ممکن ہے کہ بعض کوروں پر بڑھتی رہیں اور مرکز میں مندمل ہوتی جائیں - یا ممکن ہے کہ چکتیاں ایک دوسرے کے ساتھ پیوستہ ہوجائیں، اور اسطرح تقریباً پوری جلد الراس ماؤف ہوجائے - اسکے برعکس بعض اوقات ایک یا دو چکیتیاں باقی رہتی ہیں، اُنمیں کوئی اصلاح نہیں ہوتی، گر وہ پھیلتی نہیں - یہ مرض سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے، لیکن بالآخر اچھا ہوجاتا ہے، اور بال کامل طور پر از سر نو پیدا ہوجاتے ہیں - زیادہ التہاب شاذ ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی شعری جرابات ملتہب ہوکر باہم پیوستہ ہوجاتی ہیں، اور ایک سرخ یا گلابی ورم پیدا کردیتی ہیں جو چھونے سے نرم اور پلپلا معلوم ہوتا ہے، اور جسمیں چند نقطوں سے پیپ خارج ہوتی ہے - بال ڈھیلے پڑجاتے ہیں اور گرجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اُسوقت جبکہ جلد الراس کے دوسرے حصوں کی حالت بحال ہوجائے یہ چکیتی گنجی رہے -

اس حالت کو چھتہ دار داد (kerion) کہتے ہیں -

غالباً یہ فطر، بال پر جلد الراس کے قریب حملہ آور ہوکر نیچے بصلہ کی طرف

داخل ہوتا جاتا ہے ۔ اسطرح جراب میں بال کمزور یا تلف ہوجاتا ہے، اور جب نوساختہ سرحلمی صحفے اُسے باہر کی طرف دھکیلتے ہیں تو وہ ٹوٹ جاتا ہے ۔ جیسے ہی کہ نوساختہ سرحلمہ 880
قرنی حالت کو پہنچتا ہے اُسپر حملہ ہونے کی باری آتی ہے ۔ سر فریڈرک ٹیلر (Sir Frederick Taylor) اور تھن (Thin) نے بتلادیا کہ فطر خود بال پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اُسکی جڑ کی پوشش کے خلیوں یا شعری جراب کی ساختوں میں نہیں پایا جاتا ۔

حال ہی میں جلدالراس کے داد کی تشخیص اس حقیقت کی وجہ سے نسبتہً بہت آسان ہوگئی ہے کہ جب قوبائی فطر سے ماؤف بالوں اور چھلکوں کو ۳۶۰۰ اور ۲۳۰۰ آنگسٹروم اکائیوں کے درمیان کے موجی طولوں کی ماورائے بنفشی شعاعوں میں منکشف کیا جائے تو وہ دوسرے امراض، مثلاً سادہ تنخیل (pityriasis simplex) یا صدفیہ (psoriasis)، کے چھلکوں یا طبعی بالوں کی نسبت زیادہ چمکیلا تزہّر ظاہر کرتے ہیں ۔ یہ شعاعیں ایک سیمابی بخاری لمپ (mercury-vapour lamp) سے نکلنے والی روشنی کو شیشہ ووڈ (Wood's glass) میں سے مقطر کرکے حاصل کی جاتی ہیں ۔ اگر ایک تاریک کمرے کے اندر یہ شعاعیں سرایت زدہ جلدالراس پر ڈالی جائیں تو ماؤف رقبہ پر کے بال اور چھلکے ایک چمکدار سبز جھلک کے ساتھ تزہّر ظاہر کرینگے ۔ اس طریقہ سے نہ صرف ابتدائی اصابتیں بہ سہولت شناخت کی جاسکتی ہیں، بلکہ اسے اس امر کی تعیین کے لئے بھی کام میں لاسکتے ہیں کہ آیا ایک بچہ علاج کے بعد شفایاب ہوگیا ہے یا نہیں، جو پہلے ایک مشکل مسئلہ تھا ۔

اس ملک (انگلستان) میں جلدالراس کا قوباء تقریباً ۹۰ فیصدی اصابتوں میں خردبذوریہ آڈون کے باعث ہوتا ہے ۔ یہ تقریباً خالصتہً بچوں میں ہوتا ہے، اور بلوغ پر خود بخود زائل ہوجاتا ہے ۔ تاہم چند اصابتوں کی بالغوں میں اطلاع دیگئی ہے ۔ دوسرے ممالک میں جلدالراس کا شعر فطری یا بڑے بذرات والا قوباء زیادہ عام ہے، اور یہ بچوں اور بالغوں دونوں میں دیکھا جاتا ہے ۔ مزید برآں حیوانی اصل کے خردبذوریے، بالعموم خردبذوریہ قططی، بالغ جلدالراس پر حملہ کرسکتے ہیں، جیساکہ راقم الحروف نے ایک معمر عورت میں دیکھا، جس میں سرایت ایک ایرانی بلی کے بچے سے واقع ہوگئی تھی ۔

شعر فطری دروں شعریہ (trichophyton endothrix)

کی سرایت سے پیدا ہونے والے جلدالراس کے قوباء کا سریری منظر خود بذوریت کے سریری منظر سے مختلف ہوتا ہے مرض کی دو قسمیں دیکھی جاتی (microsporosis) ہیں (۱) سرایت زدہ بال، جو طبعی لمبے بالوں کے ساتھ ملے جلے ہوتے ہیں، خاکستری مائل ہوتے ہیں، اور جلدالراس سے ۲-۴ ملی میٹر کے فاصلہ پر ٹوٹے ہوتے ہیں۔ جلدالراس کی سطح خشک یا چربیلے چھلکوں سے ڈھکی ہوتی ہے، جس میں مرض زدہ بالوں کے بل دار ٹنڈ ہوتے ہیں۔ یہ قسم باطیلہ نما شعری فطر (trichophyton crateriforme) کے باعث ہوتی ہے۔ (۲) متاثرہ رقبہ پر سیاہ نقاط جڑے ہوئے ہوتے ہیں جو سرایت زدہ بالوں سے بنتے ہیں، جو جلدالراس کے لیول پر ٹوٹے ہوتے ہیں یا جو اب کے دہنہ میں اپنے آپ پر بل کھائے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ انگریز مصنفین کا "سیاہ نقطہ والا قوباء ("black-dot" ringworm) ہے۔ یہ نکیلے شعری فطر (trichophyton acuminatum) یا بنفشئی شعری فطر (trichophyton violaceum) کا نتیجہ ہے۔ ٹوٹے ہوئے بالوں کو جب سوئی کے ذریعہ نکالا جائے اور خوردبین کے ذریعہ معائنہ کیا جائے تو ان کے جرم میں بڑے بڑے بذرات کے تودے پائے جائینگے (دروں شعری)۔

دروں شعری فطرات کے ذریعہ جلدالراس کی سرایت زدگی، بہ نسبت خردبذوریت کے زیادہ آسانی سے نظر انداز ہو جاتی ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ کسی جسامت کی واضح چھلکوں والی چکتیاں موجود نہیں ہوتیں، اور یہ کہ سرایت زدہ بال طبعی بالوں کے ساتھ ملے جلے رہتے ہیں۔ مزید برآں ٹنڈ ووڈ کی روشنی سے تزہر ظاہر نہیں کرتے۔ صلعہ رقبی (alopecia areata) سے خلط ملط ہونے کا امکان بھی، خود بذوریت کی نسبت زیادہ ہے۔

جلدالراس کی بروں شعری شعر فطریت (ectothrix trichophytosis) حیوانوں سے منتقل ہو جا سکتی ہے، اور قریباً ہمیشہ حیضہ دار داد (kerion) پیدا کرتی ہے جو کہ خود بخود شفایاب ہو جاتا ہے۔

سعفہ پھیلاؤ (tinea circinata) یا بے بال جلد کا قوباء (۱) ان

بچوں میں جنکو سعفہ بالنخور ہو، اور انہیں جو ان کے تماس میں ہوں واقع ہوتا ہے، اور فطر جو اسکا سبب ہوتا ہے، خرد بذ ورایہ آڈوئن یا دروں شعری فطر ہوتا ہے۔

(۲) ان بچوں میں جنکو جلد الراس کا قوبا ونہ ہو، اور بالغوں میں پایا جاتا ہے، جن میں یہ مرض سرایت زدہ حیوانوں سے بلاواسطہ یا بالواسطہ طور پر منتقل ہو جاتا ہے۔ ایسی صورتمیں فطر بسا اوقات بروں شعری قسم کا ہوتا ہے، لیکن اب ایسی اصابتیں عام طور پر پائی جاتی ہیں، جنمیں خرد بذ ودیہ قططی، جو کہ بالعموم نیلے ایرانی بلی کے بچوں سے منتقل ہوتا ہے سبب ہوتا ہے، اور جیسا کہ بیان کیا گیا ہے، یہ بالغوں میں بھی جلد الراس پر حملہ کر دیتا ہے۔

سعفہ پیچدار کی چکتی کے سریری خصائص، کسی حد تک فطر کی قسم پر منحصر ہوتے ہیں، اور بروں شعری قسمیں، دوسری قسموں کی نسبت زیادہ شدید التہاب پیدا کرتی ہیں۔ آخر الذکر احمراری چھلکے دار چکتیاں پیدا کرتی ہیں، جو ڈول میں تقریباً ٹھیک ٹھیک مستدیر ہوتی ہیں اور جنکے کنارے واضح طور پر متمیز ہوتے ہیں۔ یہ چکتیاں محیط پر پھیلتی ہیں اور مرکزی حصوں میں خود بخود شفایاب ہو جانے کا رجحان رکھتی ہیں، لہذا یہ حصے، ابھرے ہوئے حاشیہ کے تضاد میں منخفض معلوم ہوتے ہیں۔ اسطرح پیچدار تشکیل پیدا ہوتی ہے جس سے مرض کا نام ماخوذ ہے۔ بسا اوقات آبلے یا قائحے نمودار ہو جاتے ہیں، اور بالعموم پھیلنے والے کنارے سے ذرا اندر کو واقع ہوتے ہیں، لیکن دوسری جگہ بھی واقع ہو سکتے ہیں۔
881 گاہے گاہے آبلوں کے ہم مرکز دائرے پائے جاتے ہیں۔ بروں شعری فطرات شدید التہابی ردعمل پیدا کرتے ہیں، اور چکتیاں شوخ سرخ، اذیمائی ہو جاتی ہیں، اور آبلوں اور قائحوں سے ڈھک جاتی ہیں، جو خشک ہو کر مصلی قیحی پپڑیاں بنا دیتے ہیں۔

انفرار کا ارتقاء سرعت سے ہوتا ہے، اور وہ ایسی جسامت کو پہنچ جاتے ہیں جو ۲ شلنگ کے سکہ سے لیکر ہاتھ کی ہتھیلی تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ہم پہلو چکتیوں کے التقاء سے کثیر دائری شکلیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ سعفۂ پیچدار کی تشخیص کی ہمیشہ تصدیق کر لینی چاہیئے، جسکے لئے چکتی کے کنارے یا آبلہ کی چھت سے حاصل کردہ کھرچنوں کا جو لائکر پوٹاسی (liq. potassæ) میں بھگوئی ہوئی ہوں، خوردبینی امتحان کرنا چاہیئے۔ فطری جال شاخدار، موجدار خطوط کے طور پر دیکھا جائیگا، جنکو قرنی خلیات کے خاکوں کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہیئے۔ ایک خاص ماسکہ پر یہ سبزی مائل جھلک رکھتے ہیں، اور عرضی

فاصلات، ذرات، اور خالیات پہچانے جاسکتے ہیں ۔ فطری جالوں کے علاوہ، انعطافی بذرات کے گروہ دیکھے جاتے ہیں ۔
حاشیہ دار سعفہ (tinea marginata) (ساقی سعفہ tinea cruris = حاشیہ دار ایکزیما = eczema marginatum' یا برمی داد Burmese ringworm =) ___ داد کی یہ شکل، جو اُرابی براَدمی فطر (epidermophyton inguinale) کی وجہ سے ہوتی ہے، جسکی کم از کم تین قسمیں ہوتی ہیں، مداریئی ملکوں میں نہایت عام ہے، جہاں اسے دھوبی کی خارش (washer-man's itch) کہتے ہیں، کیونکہ یہ اکثر درونی جامہ کو دھوتے وقت سرایت واقع ہوجانے سے پیدا ہوجاتی ہے ۔ یہ مرض خاصکر جڈوں میں ہوتا ہے، مگر بغلوں کو بھی ماؤف کرسکتا ہے اور جڈوں سے پیچھے کی طرف عجان اور سُرینوں پر، اور اوپر کی طرف شکم کے زیرین حصّہ پر پھیل سکتا ہے ۔ یہ حاد تسمیط (acute intertrigo) کی طرح شروع ہوسکتا ہے مگر زیادہ عام طور پر اوّلی اضرار چند پپڑدار چکتیوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جو باہم پیوستہ ہوکر سرخ تشاکل، نیم دائری رقبے پیدا کردیتی ہیں، جنکی کوریں واضح المحدود اور کسیقدر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں ۔ یہ چکتیاں جانگوں کی اندرونی سطحوں اور صفن کے متصلہ حصّوں پر ہوتی ہیں ۔ جیسے جیسے یہ مرض حاشیوں پر پھیلتا ہے، مرکز میں شفا ہونے کا رجحان ہوتا ہے ۔ یہ اضرار پپڑدار سعفہ کے اضرار کی نسبت بہت زیادہ وسیع، زیادہ ملتہب، اور زیادہ عسیر العلاج ہوتے ہیں ۔ جنگ کے بعد کچھ عرصہ سے یہ مرض انگلستان میں نسبتہً بہت زیادہ عام ہوگیا ہے، اور مدارس، کالجوں، اور دوسرے اداروں میں اکثر وبائی شکل میں ہوا کرتا ہے ۔ سرایت کا معمولی ذریعہ بلاشبہ پانی بہاکر دھونے کے بیت الخلا کی نشست ہے ۔

براَدمی فطر ایک نہایت اہم حالت کا باعث بھی ہے، جسے جوارح کا ایکزیما آسا قوبا (eczematoid ringworm of the extrimities) کہتے ہیں، جسمیں سرایت ہاتھ پاؤں کی انگلیوں، ہتھیلیوں، تلووں، اور بعض اوقات ناخنوں کو ماؤف کردیتی ہے ۔ یہ پاؤں پر عموماً انگلیوں کے درمیان عسیر الاندمال، غیر مؤلم چھلکے دار چکتیوں کی طرح شروع ہوکر باہر کو زیریں اور بعض اوقات بالائی سطحوں پر بعد حمارتی ہڈیوں کے سروں کی طرف پھیل جاتا ہے ۔ اِسکی کوریں اُبھرے ہوئے قرنی طبقہ سے مُنتی

ہیں - اور ان کوروں کے اندر کی جلد سُرخ اور جلا دار یا در اصل کچی نظر آتی ہے - اکثر ایکزیمائی آبلے بنجاتے ہیں، جسکی وجہ سے یہ حالت حبابیہ (pompholyx) سے مشابہ ہوجاتی ہے، اور بعض اوقات، عموماً گرم موسم میں، ایکزیما کے متوالی حاد حملے واقع ہوجاتے ہیں جنمیں بہت التہاب ہوتا ہے اور بیشمار آبلوں اور پھپولوں کی تکوین ہوتی ہے - ممکن ہے کہ ثانوی عفونتی سرایت واقع ہوکر لمفی عروق کا التہاب پیدا کردے جو اوپر کو ٹانگ میں پھیل جائے - پاؤں کی انگلیوں کی تمام نہاد تسمیط (intertrigo) کی بیشتر اصابتیں اور پاؤں کے ایکزیما کی بہت سی اصابتیں در اصل ایکزیما آسا قوبا کی مثالیں ہیں، لہذا جب کسی مشتبہ اصابت سے واسطہ پڑے تو چکتیوں کے حاشیوں اور آبلوں کی سقفوں سے نکالے ہوئے چھلکوں کی زیرین سطحات کا خردبین کے نیچے فطر کے لئے امتحان کرنا چاہئے - ہاتھوں پر یہ مرض ہتھیلیوں کے احمراری فلسمانی ایکزیما (erythemato-squamous eczema) سے مشابہ ہوسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ یہ اُسیطرح جسطرح کہ پاؤں کی انگلیوں میں ہوتا ہے، ہاتھ کی انگلیوں کی جڑوں اور اطراف میں واقع ہوکر اوپر کی طرف اُنکی ظہری سطحوں تک پھیل جائے - حاد حملے جو حبابیہ سے مشابہ ہوتے ہیں، شاذ نہیں، بالخصوص گرم موسم میں - ان آبلہ دار اضرار میں فطر فعال بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے، یا یہ ان فطری عناصر یا سم (epidermophytin) کے لئے برادمہ کا ایکزیما آسا ردعمل ظاہر کرتے ہیں، جو کہ ایک فعال سرایت کے مقام سے دوران خون میں جذب ہوجائیں، اور جو ٹے خون کی راہ سے جلد کے دور دراز حصوں میں پہنچ جائیں (ایکزیما آسا برادمی فطریہ eczematoid epidermophytide:) - چنانچہ انگلیوں اور ہتھیلیوں پر ایسے آبلہ دار اضرار کے متوالی حملے، پاؤں کی مزمن برادمی فطریت کے ہمراہ عام ہیں - مزید برآں سکہ نما قسم کی ایکزیما آسا چکتیاں، جو بالعموم ٹخنوں اور ٹانگوں پر واقع ہوتی ہیں، ممکن ہے اسی سبب کا نتیجہ ہوں - ان اصابتوں میں برادمہ سم کے لئے حساس ہوتا ہے، اور اگر ٹرائکوفائٹین یا ایپی ڈرموفائٹین کا دروں جلدی اشراب کسی غیر متاثرہ حصہ میں کیا جائے مثلاً پیش بازو کی اگلی سطح میں، تو چوبیس گھنٹے کے اندر مقام اشراب پر ایک احمراری شری تعامل پیدا ہوجائیگا، اور چند دن کے وقفے کے بعد اسکی بجائے ایک ایکزیما آسا تعامل نمودار ہوجائیگا - اُن ایکزیما آسا اضرار میں جو موجود ہوں ماسکی تعاملات واقع

ہوسکتے ہیں۔ ہاتھوں اور پاؤں کے اکزیما کی اس قسم کے طفیلی مبداء کی شناخت کے لئے ہم وہٹ فیلڈ (Whitfield) اور سبوراڈ (Sabouraud) کی تحقیقات کے رہینِ منت ہیں، اور یہ اکتشاف نہایت اہم ہے، کیونکہ بہت سی غیر مشخص اصابتوں کا علاج پہلے (اور اب بھی) سالہا سال تک نقرسی اکزیما (gouty eczema)، یا تسمیط (intertrigo)، یا حبابیہ (pompholyx) کے طور پر کیا جاتا رہا۔

سعفۂ انجیریہ (tinea sycosis) (ڈاڑھی کا داد) (نسیجہ نما داد انجیریہ = hyphogenic sycosis)۔ اِسمیں ٹھُڈّی اور گالوں کے شعری جرابات فطر کی موجودگی کی وجہ سے ملتہب ہوجاتے ہیں۔ ان میں پیپ پیدا ہوجاتی ہے، اور بال ڈھیلے پڑجاتے ہیں۔ درمیانی جلد کا تصلب اور ورم بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ انجیریہ سے (جس کا بیان دوسری جگہ درج ہے) اس امر میں اختلاف رکھتا ہے کہ یہ ابتداءً بالوں پر حملہ آور ہوکر جلد ہی انھیں ڈھیلا کردیتا ہے، جسکی وجہ سے انھیں اُکھاڑنے میں درد نہیں ہوتا، یہ نسبتہً زیادہ تیزی کے ساتھ پھیلتا اور زیادہ گہری دریزش پیدا کردیتا ہے۔ خردبینی امتحان سے فطر نظر آجاتا ہے، جس میں فطری جال، بذروں کی نسبت زیادہ افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔

ناخنوں کا سعفہ (tinea of the nails)۔ ناخنوں پر فطر کے حملہ کو ظفری فطریت (onychomycosis) کہتے ہیں، اور یہ فطر ایک قوبار (داد) یا شہدیہ (قراع) (favus) ہوسکتا ہے۔ اِس حالت میں ناخن لمبا اور خمیدہ ہوکر اُنگلیوں کے سروں پر آجاتا ہے۔ اُسکی کور موٹی، سطح کھردری، اور ناہموار، اور رنگ میلا زرد ہوجاتا ہے۔ نیز وہ خستہ ہوجاتا ہے اور بآسانی ٹوٹ جاتا ہے۔ اگر اُس کے ٹکڑوں یا کھرچنوں کو لائکر پوٹاسی میں بھگو کر خردبین کے نیچے امتحان کیا جائے تو شاخدار فطری جال اور فطر کے بذور کی زنجیریں نظر آئینگی۔

علاج - بالخورہ سعفہ (tinea tonsurans) کے لئے عام طور پر دو طریقوں سے کام لیا جاتا ہے:۔

(۱) رانجنی شعاعیں۔ اِنکو بڑی احتیاط اور تدقیق کے ساتھ لگانا پڑتا ہے تاکہ جلد زخمی نہونے پائے، اور ساتھ ہی ایک نشست میں پورا موجبین اثر حاصل ہوسکے۔

اِس مقصد کے لئے اِسکے اطلاق کی مُدت اور طاقت سبَوراڈ کے رفاقات (Sabouraud's pastilles) کے ذریعہ منتظم اور باقاعدہ کی جاسکتی ہے۔ یہ کاغذ کے قرص ہوتے ہیں جنپر پلاٹینوسائنائڈ آف بیریم (platino-cyanide of barium) کے مستحلب کی موٹی تہہ چڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ اگر شعاعوں کا منبع جلدالراس سے ۱۵ سینٹی میٹر فاصلہ پر، اور رفاقہ درمیان میں ٹھیک بیچوں بیچ رکھا جائے، یعنے ضدزیرقبر سے ۷½ سینٹی میٹر فاصلہ پر، تو تاثیر کی مطلوبہ مقدار پہنچ جاتی ہے؛ اور اسوقت رفاقہ ایک مخصوص بادامی جھلک حاصل کرلیتا ہے، جو ایک کاشفی رنگ سے مماثل ہوتی ہے جو بہم پہنچایا جاتا ہے۔ یہ اطلاق ایک وقت میں جلدالراس کے ایک محدود رقبہ پر کیا جاتا ہے اور باقیماندہ رقبہ ایک سیسے کی چادر سے محفوظ کرلیا جاتا ہے لیکن اُسی دن پانچ ایسے نقطوں پر، جو ایک دوسرے سے کم ازکم ۵ انچ دور واقع ہوں، عمل کرکے وقت بچالیا جاتا ہے۔ پندرہ دن سے لیکر بیس دنوں کے بعد ذرا ہی کھینچنے پر بال اُکھڑ آتے ہیں، اور پھر اِس کھپتی کو صابن اور پانی سے متواتر دھوتے رہنا چاہیئے، یہانتک کہ وہ سب دور ہوجائیں۔ مرضی بال سب سے آخر میں گرتے ہیں۔ بال جھڑنے کے دوران میں کوئی طفیلیہ کُش دوا مثلاً انگنٹم ہیڈرارج امونیٹا (ung. hydrarg. ammon.)، ساری جلدالراس پر لگانی چاہیئے۔ پانچ یا چھ ہفتوں تک سر گنجا رہتا ہے اور پھر زیادہ باریک اور زیادہ موٹے بال نکلنا شروع ہوتے ہیں۔

(۲) تھیلیئم ایسیٹیٹ (thallium acetate) کے ذریعہ مونچھنی۔ عرصہ دراز سے معلوم ہے کہ اگر تھیلیئم ایسیٹیٹ کافی معتاد میں براہِ دہن دیا جائے تو اُس سے بال گرجاتے ہیں، اور بالخصوص سعفہ میں تھیلیئم کے اِس فعل سے شعاعی علاج کے بدلے بہت کام لیا جاتا رہا ہے۔ اِس دوا کی سفارش کردہ معتاد جسمانی وزن کے ہر کیلو (kilo) کے لئے ۸ ملی گرام ہے، اور اِسکی سمیت کی وجہ سے ضروری ہے کہ انتہائی احتیاط عمل میں لانی چاہیئے تاکہ اِسکی معتاد حد سے زائد نہ ہونے پائے۔ اِسے ایک منفرد معتاد میں کچھ پانی کے اندر دیا جاتا ہے جس میں میٹھا ملایا گیا ہو۔ ایک ہفتے کے اختتام پر بال ڈھیلے پڑنا شروع ہوتے ہیں، اور اُنیسویں دن کے

قریب موچینی کی عموماً تکمیل ہوجاتی ہے ۔ سرایت زدہ بال غیر سرایت زدہ بالوں کی نسبت
کم آسانی کے ساتھ گرتے ہیں، اور اُن کے دور کرنے میں آسانی پیدا کرنیکے لئے مناسب
ہے کہ چپنیدہ لصقہ لگا دیا جائے اور پھر اُسے زور سے کھینچ لیا جائے ۔ نئے بالوں
کی باز سرایت کو روکنے کے لئے ساری جلد الراس پر کوئی طفیلیہ کُش دوا لگا دینا بھی ضروری
ہے ۔ بُشکے (Buschke) مشورہ دیتا ہے کہ علاج کے پہلے دن سے لیکر بالوں کے گرنے
تک ۱۰ فیصدی گندھک کا مرہم استعمال کرنا چاہیئے، اور پھر یہ مرہم اور صبغۂ آیوڈین
متبادل دنوں میں لگائے جاتے ہیں ۔ نئے بال اِس سے زیادہ سرعت کیساتھ اُگتے ہیں کہ جس
سرعت کے ساتھ لاشعاعوں کے ذریعہ موچینی کے بعد اُگتے ہیں، جسکی وجہ غالباً یہ ہے کہ
تھیلیئم بالوں کو گرانے کے علاوہ اُنکے ازسرِنو پیدا ہونے میں بھی تحریک پہنچاتا ہے ۔ اِس
دوا سے بالوں کے جھڑنے کا سبب یہ معلوم ہوا ہے کہ اِس سے اُس عمل کا قتل واقع
ہوجاتا ہے جسکے ذریعہ سے بڑے کثیر الزوایا خلیے اِن طبقاتی قیر الطینی خلیوں میں تبدیل 883
ہوجاتے ہیں جنسے بال بنتا ہے ۔ موچینی کا یہ طریقہ جلد الراس کے قوبار کے علاج کے
لئے نوعمر بچوں میں موزوں ہے، جنمیں دوا کی مقدار (جسمانی وزن کے
لحاظ سے) زیادہ عمر کے بچوں کی نسبت کم خطرناک معلوم ہوگی ۔ آخر الذکر میں سمّی
علامات پیدا ہونے کا بہت امکان ہے ۔ اِن علامات میں سے عام ترین یہ ہیں :-
جوڑوں کے درد (جو دوا دینے کے بعد عموماً دوسرے ہفتہ کے آغاز ہی میں پیدا ہوجاتے
ہیں)، عدم اشتہا، چڑچڑا پن، غنودگی، اور جلد کی خشکی ۔ البیومین بولیت بھی
دیکھی گئی ہے ۔ بدقسمتی سے بعض اصابتوں میں مقدار کے متعلق ایسی غلطیاں سرزد ہوئی
ہیں جنکے نتائج خطرناک ہوئے ہیں ۔ کہا جاسکتا ہے کہ یہ علاج چھ سال سے کم عمر کے
بچوں میں خطرہ سے عملاً خالی ہے، بشرطیکہ :- (۱) دوا حتی الامکان خالص ہو،
(۲) بچہ کو برہنہ کرکے ٹھیک ٹھیک وزن کرلیا جائے، اور (۳) دوا کی مقدار کی
نہایت احتیاط کے ساتھ جانچ پڑتال کرلی گئی ہو ۔

چھتہ دار داد (kerion) ۔ جلد الراس کے تقیحی قوبار کا علاج لاشعاعوں
یا تھیلیئم سے ہرگز نہیں کرنا چاہیئے، کیونکہ وہ خود بخود شفایاب ہونے کا رجحان رکھتا ہے
ہلکے دافعِ عفونت رفادے استعمال کرنے چاہئیں، اور حکینیوں کے انحلال میں سرعت

پیدا کرنے کے لئے تارپین (مثلاً ٹرپی چین :terpichin) یا اے اولان (aolan) کے درون عضلی اشرابات دینے چاہئیں ۔

پیچدار سعفہ (tinea circinata) اُنگنیٹم ہیڈرارج اَمونیا، اولیٹ آف مرکیوری، ٹنچر آف آیوڈین، سلفیورس ایسڈ (محلول کی صورت میں، ایک حصہ پانی کے ۲ یا ۳ حصوں میں) ہلکی کاربولک ایسڈ گلیسرین، ہائپو سلفائٹ آف سوڈیم (۸ میں ۱) سے یا کسی دوسری طفیلیہ کُش دوا سے جو حد سے زائد قوی نہو، بآسانی اچھا ہوجاتا ہے ۔

حاشیہ دار سعفہ (tinea marginata) ۔ بُن ران کی برادمی فطری تبرات کا علاج عموماً زیادہ مشکل نہیں ہوتا، لیکن تاوقتیکہ اُسے پورے طور پر عمل میں نہ لایا جائے اور درونی جامہ کی سرایت کا ازالہ نہ کردیا جائے اغلب ہے کہ نکس واقع ہوجائیگا ۔ بیشتر اصابتوں کے لئے مندرجۂ ذیل طریقہ کامیاب ثابت ہوتا ہے :۔ سرایت زدہ خطّوں کو روزانہ دو بار ایک غسول سے اسفنج کیا جاتا ہے جو ۵۰ فیصدی روح شراب میں ۲ فیصدی سیلی سِلک ایسڈ پر مشتمل ہو ۔ رات کے وقت مندرجۂ ذیل مرہم اچھی طرح ملا جاتا ہے :۔ (نسخہ) ایسڈی بینزائکی (acidi benzoici) ۲۵ گرین، ایسڈی سَیلی سلیکی (acidi salicylici) ۱۵ گرین، پیرافینی مالِس (paraffini mollis) ۲ ڈرام، اولیئم کوکو اِس نیوسیفیری (ol. cocois nuciferæ) ملا کر ایک اونس (Whitfield) ۔ صبح کے وقت یا تو یہ مرہم پھر لگایا جاتا ہے، یا غسول سے اسفنج کرنے کے بعد مندرجۂ ذیل سفوف چھڑک دیا جاتا ہے :۔ (نسخہ) ایسڈی سیلی سلیکی ۴ حصے، ایسڈی بوریکی ۲۰ حصے، ٹالک (talc) ملا کر ۱۰۰ حصے ۔ پسندیدہ طریقہ یہ ہے کہ مریض دورانِ علاج میں اپنے معمولی پاجامے کے نیچے چھوٹا سوتی جانگیا پہنے، اور بظاہر شفا ہونے کے بعد بھی ایک آدھ ہفتے تک غسول اور سفوف استعمال کرتا رہے ۔ دشوار علاج اصابتوں میں کرِس آروبِن کا مرہم (chrysarobin ointment)، یا برٹش فارماکوپیا کا پگمنٹم کرِس آروبینی (pigmentum chrysarobini) استعمال کیا جائے لیکن اِس امر کی بڑی احتیاط رکھی جائے کہ صفن میں خراش نہ ہونے پائے ۔

جوارح کی برادمی فطریت (epidermophytosis of extremities) ۔

یہ حالت عموماً نہایت دشوار علاج ہوتی ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ ہاتھوں اور پاؤں پر قرنی طبقہ دبیز ہوتا ہے، اور ناخنوں سے باز سرایت کا امکان ہوتا ہے۔ جو طریق علاج استعمال میں لائے جائیں وہ ہر مریض کی انفرادی حیثیت کے لحاظ سے کسیقدر مختلف ہونے چاہئیں، لیکن راقم الحروف کو پاؤں کی غیر پیچیدہ برادمی فطریت میں مندرجۂ ذیل طریق علاج سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ تقریباً دو ہفتے تک، پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور دوسرے متاثرہ حصہ پر ایک طاقتور سیلی سلک غسول (بگیرند ایسڈ ائی سیلی سلائی ایک ڈرام، سپرٹ وائنائی میتھ انڈسٹ (spt. vini meth. indust.) ملاکر ایک اونس کرلیا جائے) صبح اور شام اچھی طرح لگا دیا جاتا ہے، اور ہر اطلاق کے بعد بلو ایسڈائی سیلی سلائی کو، بی پی سی، پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور موزوں یا لمبی جرابوں میں چھڑک دیا جاتا ہے۔ اِس سے سرایت زدہ قرنی تہہ کا ضخیم تسلخ واقع ہوتا ہے، اور جب اِسکی تکمیل ہوجائے تو پھر بدل کے طور پر مندرجۂ ذیل طریقہ استعمال کیا جاتا ہے۔ رات کے وقت مندرجۂ بالا بینز ائک سیلی سلک ایسڈ مرہم پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور نیچے اور دوسرے ماؤف رقبوں پر اچھی طرح مل دیا جاتا ہے۔ البتہ اپنی انگلیوں کی سرایت کا خطرہ دور کرنے کے لئے نسالہ کی ایک گدی استعمال کی جاتی ہے۔ رات کے وقت سپید سوتی موزے پہن لئے جاتے ہیں۔ صبح کے وقت پاؤں دھو ڈالے جاتے ہیں اور جسقدر قرنی طبقہ آسانی سے علٰحدہ کیا جاسکے میکانی طور پر نکال دیا جاتا ہے، پھر اُن پر ذیل کا ضماد اچھی طرح لگا دیا جاتا ہے:۔ ٹنکچر آیوڈی مٹس ایک حصہ، اسپرٹ وائنی میتھل انڈسٹ (spt. vini meth. indust) ملاکر جملہ تین حصے کردئے جائیں۔ اور بلویس ایسڈی سیلی سلک کمپاؤنڈ (برٹش فارماکوپیا) پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور موزوں کے اندر چھڑک دیا جاتا ہے۔ یہ علاج ایک ماہ تک عمل میں لایا جاتا ہے، اور اُسکے بعد کے تین ہفتوں کے لئے صرف سفوف استعمال کیا جاتا ہے۔ پھر ایک اور ماہ کے لئے پورا علاج پھر اختیار کیا جاتا ہے، اور اِسکے بعد مریض کو ہدایت کردی جاتی ہے کہ اپنی باقیماندہ ساری عمر دن کے وقت اس سفوف کو بطور ایک معمولی دستور العمل کے استعمال کرتا رہے۔ دورانِ علاج میں موزوں کو الگ دھونا چاہئے اور سوڈا کے ساتھ جوش دے لینا چاہئے۔ جوتوں کو وقتاً فوقتاً خالص لائسال

(lysol) یا سائلین (cyllin) سے پچار لینا چاہیئے ۔ ہاتھوں کے لیے رات کے وقت سوتی دستانوں کے نیچے مرہم لگایا جاسکتا ہے اور صبح کے وقت اُنپر آیوڈین کا ضماد لگایا جاسکتا ہے ۔

اُن اصابتوں میں جنہیں نمایاں طور پر اکزیمیت (eczematisation) موجود ہو، مندرجۂ بالا کوئی طریقہ اختیار کرنے سے پہلے مناسب یہ ہے کہ علاج کا آغاز لاشعاعوں کی کسری معتادوں (fractional doses) سے کیا جائے ۔

سعفۂ ریش (tinea barbæ) (سعفۂ انجیریہ = tinea sycosis)۔

اِس کا علاج جلد الراس کے چھتہ دار داد کے علاج سے مماثل ہے (جو ملاحظہ ہو)۔

ظفر فطریت (onychomycosis) میں ناخنوں کو کھرچ کر پتلا کر لینا، قلوی محلولات سے نرم کر لینا اور سلفیورس ایسڈ، یا سوڈیم ہائپو سلفائٹ (sodium hyposulphite)، یا مرکیوری کلورائڈ (ایک اونس پانی میں ۲ گرین) کے محلولات میں بھگو لینا چاہیئے، یا اُنپر کاربولک ایسڈ بار بار لگاتے رہنا چاہیئے ۔ بہتر اور سریع تر طریقہ یہ ہے کہ اُنھیں کسی معدمِ حِس دوا کے زیر اثر نکال کر خارج کر دیا جائے اور ناخن کی گدی پر مسلسل آیوڈین کی کسوۃ لگاتے رہیں، یہاں تک کہ ناخن از سرِ نو پیدا ہو جائے ۔

شعر فطری ثورانات (trichophytides)، خرد بذوری ثورانات (microsporides)، برادمی فطری ثورانات (epidermophytides)، قراعی یا شہدی ثورانات (favides)۔ درنی ثورانات کے مقابلہ میں ثورانات کا ایک گروہ ہے جو وبائی فطرات کی مختلف انواع سے جلد کی سرایت کے ساتھ وابستہ ہے ۔ اِن کے وقوع کا انحصار فطرات میں کے مشمولہ ضد جسم زا کے متعلق جلد کی بحیثیتِ مجموعی حساس شدگی پر ہوتا ہے، اور بالعموم عام دورانِ خون کے اندر خود فطری عناصر کے یا ضد جسم زا کو مشمول رکھنے والی شے (trichophytin, microsporin, etc.) کے داخل ہونے پر ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ اُس وقت جبکہ یہ ثوران سرایت کے اوّلی مقام کے قرب و جوار میں محدود المقام ہوتا ہے، ضدِ جسم زا کا تماس، جوئے خون کے ذریعہ نہیں بلکہ بیرونی ذاتی تطعیم (auto-inoculation) کے ذریعہ، یا لمفی عروق کے

راستہ سے، حساس شدہ جلد کے ساتھ واقع ہوجاتا ہو۔ یہ حساسیتی فطری ثورانات نہایت عام طور پر شعر فطریت (trychophytosis) کی تقیحی قسموں میں پائے جاتے ہیں (شعر فطری ثورانات = trichophytides)۔ خُرد بذوری ثورانات (microsporides) شاذ ہوتے ہیں، بجز اُن بچوں کے جنہیں خرد بذوری سرایت جلد الراس میں ہوگئی ہو۔ اِنمیں ممکن ہے کہ موچینی کے لئے لاشعاعوں کے استعمال سے ایک عارضی حاد التہابی تعامل پیدا ہوجائے۔ بلاشبہ اب اِس ملک میں قراع یا شہدیہ (favus) نہایت غیر عام ہے، لیکن معمولی حزازہ آسا شعر فطری ثورانات سے مشابہت رکھنے والے قراعی یا شہدی (lichenoid trichophytides) ثورانات (favides) بیان کئے گئے ہیں، جو بالخصوص جلد الراس کے لاشعاعی علاج کے بعد واقع ہوتے ہیں۔

آبلہ دار اکزیما آسا برادمی فطریہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے۔ یہاں محض شعر فطری ثورانات (trichophytides) کا تذکرہ کیا جائیگا۔ اِن کی مندرجہ ذیل اقسام شناخت کی گئی ہیں :۔ (الف) بثوری حزازہ آسا شعر فطری ثوران (papular lichenoid trichophytide) (شعر فطری حزازہ = lichen trichophyticus)۔ یہ سب سے زیادہ عام ہے اور اِس کا مقابلہ خنازیری حزازہ سے کیا جاسکتا ہے۔ اِسکے اضرار چپٹے یا مخروطی بثور ہوتے ہیں، جو عموماً جرابی ہوتے ہیں، اور جنکا رنگ سرخی مائل یا بھورا سا ہوتا ہے۔ بعض اوقات اِن پر ایک چھلکا یا ننھا سا قائحہ چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ خنازیری حزازہ کی طرح یہ گروہ در گروہ ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور خاصکر دھڑ اور جوارح پر، اور شاذ حالتوں میں چہرے پر نمودار ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ جرابی اضرار میں قرنی شوکے نمو یاب ہوجائیں (شوکی حزازہ : lichen spinulosus کی ایک قسم)۔ جڈاسون اور سیوس (Jadassohn & Saeves) نے اِس ثوران کی ایک گل خوشی قسم (corymbose form) بیان کی ہے، جو گل خوشی آتشکی ثوران (corymbose syphilide) سے مشابہ ہوتی ہے۔ (ب) آبلہ دار اور قائحی شعر فطری ثورانات (vesicular & pustular trichophytides)۔

(ج) ایگزیما نما شعر فطری ثوران (eczematoid trichophytide)- یہ محض
حزازی شکل کی ایک قسم ہے، جسمیں اضرار گنجان ہوتے ہیں، اور چھلکے دار ملتقی چکتیاں
بناتے ہیں جو ایگزیما نما درنی ثوران سے مشابہ ہوتی ہیں (خنازیری آدمی التہاب
(dermatitis scrofulosa)- (د) قرمزیہ نما شعر فطری ثوران
(scarlitiniform trichophytide)- بثوری یا بثوری قانحی شعر فطری ثوران
کے نمو سے پہلے ممکن ہے کہ شاذ حالتوں میں ایک عمومی احمراری طفح پیدا ہو جائے، جو
حمی قرمزیہ سے مشابہ ہوتا ہے، اور جس کے ساتھ تپ ہو سکتی ہے اور لمفی غدد کی کلانی
بلکہ تقیح بھی ہوتا ہے۔ (ہ) گرہکی شعر فطری ثوران (nodular
trichophytides) - شدید چھتہ دار داد کے ساتھ کئی اصابتیں بیان کی گئی ہیں
جن میں حزازہ نما شعر فطری ثوران کے ہمراہ گرہکی احمرار کی گرہکوں جیسی زیر جلدی
گرہکیں بھی پیدا ہوگئیں۔ بروس گارڈ (Bruusgaard) کے مریض میں تو گرہکوں کے
اندر خوردبین سے فطر بھی حقیقتہً پایا گیا اور اُن سے اُسکی کاشت بھی تیار کی گئی۔
(26)۔ (و) کثیرالاشکال شعر فطری احمرار (erythema multiforme
trichophyticum) - یہ سب سے زیادہ شاذ ہے، لیکن مستند اصابتیں بیان
کی گئی ہیں۔

شعر فطریت کی بیشتر اصابتوں میں مقامی سرایت شدید نہیں ہوتی،
اور بنیئی تعامل کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ دھڑ اور جوارح کے بغور امتحان سے
ممکن ہے کہ ایک حزازہ نما شعر فطری ثوران ظاہر ہو، جسے مریض اکثر نظر انداز
کر دیتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ اوّلی مقامی التہاب اور عام علامات
دونوں شدید ہوں۔ تقیح کے ساتھ ابتدائی ضرر کے گرد اُذیما اور قرب و جوار کے 885
لمفی غدد کی کلانی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ متقیح ہو کر پھوٹ جائیں۔ تپ، عمومی غددی
التہاب، حس پذیر طحال، ورمِ مفاصل اور کثیرالاشکال سپید خلیوں کی کثرت کے
ساتھ شعر فطری ثورانات میں سے ایک یا زائد کا وسیع ثوران ہوتا ہے۔

امراضیات۔ اِن ثورانات کی پیدائش کے اصلی اسباب اور اُنکی
مرضی ماہیت کی تعیین کے لئے بہت کچھ تجربی تحقیقات کی گئی ہے۔ نائسر اور

پلیٹو (Neisser & Plato) نے ۱۹۰۲ء میں قوبائی فطر سے ایک خلاصہ تیار کیا، جسکا نام اُنھوں نے ٹرائکو فائٹین (شعر فطرین) (trichophytin) رکھا، جو ٹیوبرکیولین (درنین) (tuberculin) سے مماثل ہے۔ جن اشخاص کو گہرے تقیحی قسم کے داد کی شکایت ہو، اُنمیں ٹرائکو فائٹین (شعر فطرین) کے اشراب سے عمومی اور ماسکی تعاملات اُسیطرح پیدا ہوجاتے ہیں جسطرح کہ تدرّن کے مرض میں ٹیوبرکیولین (درنین) سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اِسکے ساتھ ہی مثبت جِلدی اور دروں جِلدی کا شفات بھی حاصل ہوتے ہیں، جن سے جلد کی نوعی عمومی حساسی حالت ظاہر ہوتی ہے۔ سرایت کے شفایاب ہونے کے بعد یہ حالت سالہا سال تک باقی رہتی ہے۔ طبعی عیارات میں اور اُن میں جنھیں داد کی اوپری قسمیں ہوں، منفی تعاملات حاصل ہوتے ہیں۔ عمومی اور ماسکی تعامل کے علاوہ، ٹرائکو فائٹین کے اشراب سے ایک شعر فطری توران پھوٹ پڑنے کا امکان ہوتا ہے۔ بعض قوبائی فطرات (شعری فطر خانہ بدوشا trichophyton gypseum = سبوسہ، قوئنکیانی achorion) (quinckeanum= کے ذریعہ جانوروں، مثلاً گینی پگ یا خرگوش، کی جلد کی تجربی تطعیم سے ایسے اضرار پیدا ہوجاتے ہیں جو خود بخود اچھے ہوجاتے ہیں، اور جنکے بعد ایک دائمی جِلدی حساسیت باقی رہ جاتی ہے جو آئندہ کامیاب تطعیمات نہیں ہونے دیتی، یا کم از کم ثانوی اضرار کو قلیل المدت اور ساقط النمو بنا دیتی ہے۔ یہی بات انسانوں میں صادق آتی ہے، کیونکہ ایک عمیق المقام شعر فطریت اِس معنے میں مناعت بخشتی ہے کہ دوسرے حملے نہایت شاذ ہوجاتے ہیں۔ لیکن یہ بلاشبہ جِلد کی اُس حساسیتی حالت کی وجہ سے ہوتا ہے جو باز تطعیم کردہ فطر کا سریع ایتلاف کردیتی ہے، نہ کہ حقیقی مناعت کی وجہ سے (مقابلہ کرو مظہر کاخ Koch's phenomenon: سے جو تدرّن میں ہوتا ہے)۔

بلاشش (Bloch) نے بتلا دیا ہے اولاً یہ کہ قوبا (داد) کے خلاف حیوانی مناعت صرف جِلد کی تطعیم سے پیدا کی جاسکتی ہے، اور اِس کے لئے زیرجلدی یا درون باریطونی تطعیمات غیرمؤثر ہوتی ہیں۔ دویم یہ کہ ایک حسّاس شدہ شخص میں حساسیت خود جِلد کے خلیہ میں ہوتی ہے، کیونکہ اگر جلد کے دو ٹکڑے لیکر

(ایک ٹکڑا تو کسی حسّاس شدہ شخص سے اور دوسرا کسی حسّاس ناشدہ شخص سے) کسی طبعی شخص پر اُنکی تقلیم کی جائے تو قلم کے مندمل ہو جانے کے بعد حسّاس شدہ شخص سے لیا ہوا ٹکڑا ٹرائکو فائٹین (شعر فطرین) کا مثبت جلدی تعامل ظاہر کرتا ہے، مگر دوسرے (حسّاس ناشدہ شخص سے لئے ہوئے) ٹکڑے اور خود موضوع کی جلد ان دونوں سے منفی نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ یہ امر کہ شعر فطریت کی اصابتوں میں جنہیں شعر فطری ثورانات ہوں فطری عناصر عمومی دوران خون کے اندر چلے جاتے ہیں، یقینی ہے، کیونکہ اِنکی مثبت دموی کاشتیں حاصل ہوئی ہیں، اور شعر فطری ثوران کی زیادہ شدید قسمیں، مثلاً گرہ دار قسم، غالباً اِسطرح پیدا ہوتی ہیں کہ اَدمی یا زیر جلدی عروق میں اِن عناصر کی حقیقی سدادیت واقع ہوتی ہے، اور حسّاس شدہ جلد اِنکی سریع یا شدیدگی واقع کردیتی ہے، جس سے ضد جسم زا شئے (antigenic substance) رہا ہوجاتی ہے۔ لیکن بلاش نے ایک لڑکے میں، جسے قوبا کی شدید سرایت لاحق ہوگئی تھی لیکن جو اچھا ہو گیا، ٹرائکو فائٹین کے اِشراب سے قرمزیہ نما احمرار اور ازاں بعد ایک تمثیلی حزازہ نما شعر فطری ثوران پیدا کردیا۔ لہذا یہ ممکن ہے کہ خفیف تر شعر فطری ثورانات ضد جسم زا شئے کے انجذاب کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں (جو سرایت کے اوّلی مقام سے حاصل ہوتی ہے) نہ کہ حقیقی فطری عناصر کے خون زاد پھیلاؤ کی وجہ سے۔

اسطرح ہم دیکھتے ہیں کہ اپنی مرضی تولید اور ماہیتِ مرض میں آتشکی ثورانات (syphilides)، درنی ثورانات (tuberculides)، اور شعر فطری ثورانات (trichophytides)، یہ تینوں کسقدر قریبی باہمی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ سرایتیں اعلیٰ درجہ کی حسّاسیت پیدا کرسکتی ہیں، جس سے نسیجی خلیات، بالخصوص جلد کے خلیات، حسّاس بنجاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب سرایت رساں عضویے یا بعض اصابتوں میں اُسکے سم (مثلاً ٹیوبرکیولین اور ٹرائکو فائٹین) کا انتشار جوئے خون کی وساطت سے واقع ہوجاتا ہے تو ایک قسم کے ثورانات (یعنے جلدی تعاملات) پیدا ہوجاتے ہیں، جو متزاد سرایت کے خلاف مدافعتی ردّ عمل ہوتے ہیں، اور جنکا نتیجہ اُس عضویہ یا سم کا علی مقامہٖ اتلاف ہوتا ہے۔ حال ہی میں

مانیلیا کی سرایتوں کے تعلق میں ایسے ثورانات بیان کیئے گئے ہیں جنکا مقابلہ شعر فطری ثورانات سے کیا جاسکتا ہے، لیکن جو بالخصوص نلخمی فلسمانی (muculo-squamous) یا ایکزیما نما (eczematoid) قسم کے ہوتے ہیں (لہنی ثورانات) ۔

مختلف الالوان سعفہ

(tinea versicolor)

یہ جلد کا ایک عام عارضہ ہے، جو تعدیہ سے پیدا ہو جاتا ہے، اور گرمی اور
مرطوبیت سے پرورش پاتا اور پھلتا پھولتا ہے۔ یہ مردوں میں زیادہ ہوتا ہے،
اور بالخصوص انہیں جو فلالین کا درونی جامہ پہنتے ہیں۔ یہ شاذ طور پر براہ راست 886
تماس سے منتقل ہوتا ہے، مثلاً شوہر سے بیوی میں۔

یہ مرض ایک زردی مائل بھورے رنگ کے چھوٹے دائری دھبے کیطرح شروع ہوتا ہے، جو جلد سے کسیقدر ابھرا ہوا ہوتا ہے، اور جس سے انگلی کے ناخن یا ایک چھری سے کھرچنے پر چند سفیدی مائل رنگ کے چھلکے بآسانی علیحدہ کیئے جاسکتے ہیں۔ یہ چکتیاں پھیل جاتی ہیں، اور نئی چکتیاں اور بنجاتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جلد ہی سینہ کا (جہاں یہ عموماً ابتداءً دیکھنے میں آتا ہے) ایک بڑا حصہ ایک بھورے یا بھورے زردی مائل رنگ کی بیقاعدہ چکتی سے ڈھک جاتا ہے، جسکا حاشیہ محدب یا محاری ہوتا ہے۔ اور اِسکے قریب کی تندرست جلد پر متعدد منفرد چکتیاں ہوتی ہیں، جنکا قطر ۱/۱۰ انچ سے لیکر ۱/۴ انچ تک ہوتا ہے۔

یہ مرض صرف ڈھکے ہوئے حصّوں پر ہوتا ہے، اور سینہ کے سامنے اور پیچھے اور شکم پر بہت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھرچنوں کا امتحان لائکر پوٹاسی میں خردبین سے کرنے پر انمیں سرحلمی صحفے اور نوعی فطر، یعنے نخالی خردبذوریہ (miscrosporon furfur)، شاخدار فطر جال کے ڈوروں کا شبکہ بناتے ہوئے نظر آتا ہے، جنکے درمیان نسبتہً بڑے عدیم الجنس بذور ساقطہ کے چھوٹے چھوٹے گروہ، انگور کے خوشوں کی طرح منتشر ہوتے ہیں۔ اِس عارضہ سے کسیقدر کھجلی کے سوائے اور زیادہ تکلیف نہیں پیدا ہوتی، اور مریض اکثر اِس سے بیخبر رہتا ہے لیکن بعض اوقات

بدرنگی کی وسعت اِسقدر زیادہ ہوجاتی ہے کہ اِسپر غلطی سے مرض ایڈیسن اور دوسرے لونی عارضوں مثلاً برص (vitiligo) کا گمان ہوجاتا ہے۔ اِسکا مخصوص رنگ، اِسکی محدّب کور، اور سطح کا باآسانی تقشر واقع ہونا، یہ امور بالکل ممیز ہونے چاہئیں، اور خردبین سے تشخیص کی فوراً تصدیق ہوجاتی ہے۔

علاج - یہ سوڈیم ہائپوسلفائٹ کے (۸ میں ۱) یا سلفیورس ایسڈ (۴ میں ۱) کے غسولات، یا ایک لئی جس میں گندھک، ریسارسن (resorcin) اور سیلی سلک ایسڈ ہو، ملنے سے جلد اچھا ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر وہی درونی جامہ اچھی طرح دھوئے بغیر اور ازالۂ عفونت کیئے بغیر پھر استعمال کیا جائے تو یہ مرض پھر ہوسکتا ہے۔

حُمرہ (erythrasma) - یہ ثوران زیادہ اکثر تمام طبقات کے بالغوں اور معمر آدمیوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عورتوں میں یہ شاذ ہے، اور بچوں میں کبھی واقع نہیں ہوتا۔ اِس سے کچھ تکلیف نہیں ہوتی، الا یہ کہ پسینہ آنے کے بعد خفیف سی خارش ہوتی ہے، اور اکثر یہ اتفاقی طور پر دریافت ہوتا ہے۔ اِسکا انتخابی مقام، تناسلی ساقی دہراؤ اور ران کے متصلہ حصہ کی اندرونی سطح ہے۔ یہ صفن یا عانہ پر بہت کم حملہ کرتا ہے، لیکن شاذ حالتوں میں یہ بغلوں میں واقع ہوسکتا ہے۔ یہ بھوری سی یا زرد گلابی چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو سطح سے بمشکل اُبھری ہوئی ہوتی ہیں، کسیقدر چھلکے دار ہوتی ہیں، اور کبھی آبلہ دار نہیں ہوتیں۔ حاشیے واضح طور پر متمیز ہوتے ہیں، لیکن سعفہ ساقی کے حاشیوں کے برعکس، ابھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ گاہے گاہے بروں افتادہ بیضوی چکتیاں شکم اور رانوں پر دیکھی جاتی ہیں۔ یہ مرض محض خفیف طور پر متعدی ہے۔

اِسکا سبب خردبذوریہ ادق (microsporon minutissimum) کے ساتھ قرنی طبقہ کی سرایت ہے، جسکا فطر جال نہایت ہی باریک اور بذرات نہایت ہی چھوٹے ہوتے ہیں۔ اِسکو اِسطرح دیکھا جاسکتا ہے کہ اِسکے چھلکوں کا امتحان لائکر پوٹاسی میں $\frac{1}{12}$ انچہ روغن غرقی عدسہ کے ساتھ کیا جائے۔

سعفہ ساقی سے تفریقی تشخیص مشکل نہیں، کیونکہ آخرالذکر رنگ میں زیادہ سرخ ہوتا ہے، اُبھرے ہوئے کنارے رکھتا ہے، اور نیچے کی طرف رانوں میں،

مانیلیا کی سرایتوں کے تعلق میں ایسے ثورانات بیان کیۓ گئے ہیں جنکا مقابلہ شعر فطری ثورانات سے کیا جاسکتا ہے، لیکن جو بالخصوص تلفنی فلسمانی (muculo-squamous) یا ایکزیما نما (eczematoid) قسم کے ہوتے ہیں (لہنی ثورانات) -

مختلف الالوان سعفہ

(tinea versicolor)

یہ جلد کا ایک عام عارضہ ہے، جو تعدیہ سے پیدا ہوجاتا ہے، اور گرمی اور مرطوبیت سے پرورش پاتا اور پھلتا پھولتا ہے - یہ مردوں میں زیادہ ہوتا ہے، اور بالخصوص اُنہیں جو فلالین کا درونی جامہ پہنتے ہیں - یہ شاذ طور پر براہ راست تماس سے منتقل ہوتا ہے، مثلاً شوہر سے بیوی میں - 886

یہ مرض ایک زردی مائل بھورے رنگ کے چھوٹے دائری دھبے کیطرح شروع ہوتا ہے، جو جلد سے کسیقدر اُبھرا ہوا ہوتا ہے، اور جس سے اُنگلی کے ناخن یا ایک چھریا سے کھرچنے پر چند سفیدی مائل رنگ کے چھلکے بآسانی علیحدہ کیۓ جاسکتے ہیں - یہ چکیتیاں پھیل جاتی ہیں، اور نئی چکیتیاں اور بنجاتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جلد ہی سینہ کا (جہاں یہ عموماً ابتداءً دیکھنے میں آتا ہے) ایک بڑا حصہ ایک بھورے یا بھورے زردی مائل رنگ کی بیقاعدہ چکیتی سے ڈھک جاتا ہے، جسکا حاشیہ محدب یا محاری ہوتا ہے - اور اِسکے قریب کی تندرست جلد پر متعدد منفرد چکیتیاں ہوتی ہیں، جنکا قطر ½ انچہ سے لیکر ½ انچہ تک ہوتا ہے - یہ مرض صرف ڈھکے ہوئے حصّوں پر ہوتا ہے، اور سینہ کے سامنے اور پیچھے اور شکم پر بہت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے - کھرچنوں کا امتحان لائکر پوٹاسی میں خُردبین سے کرنے پر اُنمیں سر حلمی صحفے اور نوعی فطر، یعنے نخالی خرد بذردیہ (miscrosporon furfur)، شاخدار فطر جال کے ڈوروں کا شبکہ بناتے ہوئے نظر آتا ہے، جنکے درمیان نسبتہً بڑے عدیم الجنس بذور ساقطہ کے چھوٹے چھوٹے گروہ، انگور کے خوشوں کی طرح منتشر ہوتے ہیں - اِس عارضہ سے کسیقدر کھجلی کے سوائے اور زیادہ تکلیف نہیں پیدا ہوتی، اور مریض اکثر اِس سے بیخبر رہتا ہے لیکن بعض اوقات

بدرنگی کی وسعت اِسقدر زیادہ ہوجاتی ہے کہ اِسپر غلطی سے مرضِ ایڈیسن اور دوسرے لونی عارضوں مثلاً برص (vitiligo) کا گمان ہوجاتا ہے۔ اِسکا مخصوص رنگ، اِسکی محدّب کور، اور سطح کا بآسانی تقشر واقع ہونا، یہ امور بالکل ممیز ہونے چاہئیں اور خوردبین سے تشخیص کی فوراً تصدیق ہوجاتی ہے۔

علاج - یہ سوڈیئم ہائپوسلفائٹ کے (۸ میں ۱) یا سلفیورس آلیسڈ (۴ میں ۱) کے غسولات، یا ایک لئی جس میں گندھک، ریسارسن (resorein) اور سیلی سلک ایسڈ ہو، کَلنے سے جلد اچھا ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر وہی درونی جامہ اچھی طرح دھوئے بغیر اور ازالۂ عفونت کیئے بغیر پھر استعمال کیا جائے تو یہ مرض پھر ہوسکتا ہے۔

حُمرہ (erythrasma) - یہ ثوران زیادہ اکثر تمام طبقات کے بالغوں اور معمر آدمیوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عورتوں میں یہ شاذ ہے، اور بچوں میں کبھی واقع نہیں ہوتا۔ اِس سے کچھ تکلیف نہیں ہوتی، الا یہ کہ پسینہ آنے کے بعد خفیف سی خارش ہوتی ہے، اور اکثر یہ اتفاقی طور پر دریافت ہوتا ہے۔ اِسکا انتخابی مقام تناسلی ساقی دہراؤ اور ران کے متصلہ حصہ کی اندرونی سطح ہے۔ یہ صفن یا عانہ پر بہت کم حملہ کرتا ہے، لیکن شاذ حالتوں میں یہ بغلوں میں واقع ہوسکتا ہے۔ یہ بھوری سی یا زرد گلابی چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو سطح سے بمشکل اُبھری ہوئی ہوتی ہیں، کسیقدر چھلکے دار ہوتی ہیں، اور کبھی آبلہ دار نہیں ہوتیں۔ حاشیے واضح طور پر متمیّز ہوتے ہیں، لیکن سعفہ ساقی کے حاشیوں کے برعکس، ابھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ گاہے گاہے بروں افتادہ بیضوی چکتیاں شکم اور رانوں پر دیکھی جاتی ہیں۔ یہ مرض محض خفیف طور پر متعدی ہے۔

اِسکا سبب، خردبذ ورِیہ ادق (microsporon minutissimum) کے ساتھ قرنی طبقہ کی سرایت ہے، جسکا فطرجال نہایت ہی باریک اور بذرات نہایت ہی چھوٹے ہوتے ہیں۔ اِسکو اِسطرح دیکھا جاسکتا ہے کہ اسکے چھلکوں کا امتحان لاکر پوٹاسی میں $\frac{1}{12}$ انچہ روغن غرقِ عدسہ کے ساتھ کیا جائے۔

سعفہ ساقی سے تفریقی تشخیص مشکل نہیں، کیونکہ آخر الذکر رنگ میں زیادہ سرخ ہوتا ہے، اُبھرے ہوئے کنارے رکھتا ہے، اور نیچے کی طرف رانوں میں

اور پھر صفن اور رعسانہ پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے، اکثر آبلہ دار ہوتا ہے، اور زیادہ سریع ارتقاء پاتا ہے ۔ وہ تسمیط جو کہ نبقہ سبحیہ (streptococcus) یا مانیلا (monilia) کی سرایت کے باعث ہو، زیادہ التہابی اور بالعموم تر ہوتی ہے ۔

علاج ۔ وٹ فیلڈ کا بنزوئک سیلی سلک ایسڈ مرہم موثر ہے، لیکن نکس کا سد باب کرنے کے لئے اسکو معتد بہ عرصہ تک استعمال کرنا چاہئے ۔

شعر فلسیت (lepothrix) (یلمیلی شعر فطریت (Trichomycosis palmellina)، گرہ دار شعر فطریت (T. nodosa)۔

یہ مرض ساری دنیا میں پایا جاتا ہے، اور اکثر اُن اشخاص میں ہوتا ہے جو اپنی جسمانی صفائی کے متعلق غیر محتاط رہتے ہیں۔ یہ بغلوں کے بالوں اور موئے زہار کو ماؤف کرتا ہے، جنکے گرد زردی مائل، یا سرخی مائل، یا سیاہ انجمادات واقع ہوکر، بالوں کی ڈنڈیوں کے طول میں اکثر بیقاعدہ گرہیں پیدا کردیتے ہیں ۔ خردبین سے دیکھنے پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ ایسے خرونبقوں کے تودوں پر مشتمل ہیں، جو ایک یکساں لزج شَے میں مدفون ہوتے ہیں ۔ قسطلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ اسکی زرد قسم ایک فطر، نازک نوکارڈیا (nocardia tenuis) کے سبب سے ہوتی ہے سرخ قسم ایک سرخ لون پیدا کرنے والے نبقہ کے ساتھ اُسی فطر کی ہم باشی کی وجہ سے ہوتی ہے ۔ اور سیاہ قسم ایک سیاہ لون پیدا کرنے والے نبقہ کے ساتھ نوکارڈیا کی ہم باشی کی وجہ سے ۔ نام نہاد تلون العرق (chromidrosis) کی بیشتر اصابتیں شعر فلسیت ہی کی وجہ سے ہوتی ہیں ۔

علاج ۔ ماؤف حصوں کو بنزین (benzine) سے صاف کرکے پرکلورائڈ آف مرکیوری کے (۲۰۰۰ میں ۱) یا فارمالین کے (۲ فیصدی) الکحلی محلول سے پچپارا دینا چاہئے ۔ بالوں کو مونڈ دینا مناسب ہوگا ۔

بویضی فطریت (oidiomycoses)۔ حال ہی میں چند سال سے 887
بعض ادواء الجلد کی تسبیب میں لہن نما عضویوں کی اہمیت زیادہ مانی جانے لگی ہے ۔ اس گروہ سے تعلق رکھنے والے تخیلی بذوریۂ ملاسیز (pityrosporon of Malassez) کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے ۔ ان عضویوں کی ٹھیک ٹھیک جماعت بندی

مشکل ہے، اور یہاں اُسکے متعلق بحث نہیں کیجائیگی - یہ لہن سے اِس امر میں مشابہت رکھتے ہیں کہ یہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں اور انکا تکاثر کلیاؤ سے ہوتا ہے، لیکن یہ ایک ادنیٰ تر فیصلہ سے تعلق رکھتے ہیں اور انھیں ناتمکمل فُطرات (fungi imperfecti) کی جماعت میں سمجھا جاتا ہے - ایک خاندان، فطرات خفی النبقہ (cryptococcaceæ) میں خفی النبقہ فطر، ٹارولا، اور غالباً تخیلی بذوریہ کی اجناس شامل ہیں - ایک دوسرے، یعنی فطرات ابیض بذری (oosporaceæ) میں ابیض بذری فطر (oospora)، بویضی فطر (oidia)، اور مانیلیا شامل ہیں - جب آخر الذکر جلد میں بڑھتے ہیں تو لمبے اور شاخدار فطر جال بنا دیتے ہیں! اول الذکر ایسے جال نہیں بناتے - تخیلی بذوریہ کے علاوہ، بیشتر مرض عضویے جنکے متعلق ابتک تحقیقات کی گئی ہے جنس مانیلیا سے تعلق رکھتے ہیں، جسمیں کا قلاعی فطر (thrush fungus) یعنی مانیلیا ابیض (monilia albicans) اور مانیلیاءِ پنوئی (M. pinoyi) اہم ترین ہیں -

مانیلیا سے پیدا ہونے والے ثوران کے اقسام کی جماعت بندی حسب ذیل ہوسکتی ہے (27) :- (۱) عمومی قسم (generalised type) - یہ خاصکر اُن مریضوں میں پائی جاتی ہے جنکا علاج مسلسل غسل سے (جو بالخصوص وائنا میں استعمال کیا جاتا ہے) ہو رہا ہو - اِسکے اضرار آبلوں، بثور، اور چھلکے دار احمراری چکتیوں پر مشتمل ہوتے ہیں، اور بالخصوص بغلوں، گھٹنوں، اور ہاتھوں کو ماؤف کرتے ہیں - لیکن یہ ثوران وسیع طور پر پھیلا ہوا ہوسکتا ہے - (۲) رضیعی قسم (infantile type) - یہ قسم شیر خوار بچوں میں دیکھی جاتی ہے، اور اکثر اوقات مخاطی جھلیوں کے قلاع (thrush) کے ہمراہ (جو ملاحظہ ہو) پائی جاتی ہے - اِسمیں ثوران عموماً پہلے مبرز کے گرد پیدا ہوتا ہے اور پھر سرینوں، اعضائے تناسل، رانوں اور شکم پر پھیل جاتا ہے، اور یہاں سے ممکن ہے کہ وہ بغلوں، گردن اور چہرے تک پہنچ جائے - یہ آبلوں، قاتحوں، اور ایسے احمراری رقعوں پر مشتمل ہوتا ہے جنمیں مرکز میں چھلکے اُترتے ہیں - آبلے اور قاتحے پھوٹ کر قرنی طبقہ کی ایک جھالرسی باقی رہ جاتی ہے، جس سے سرایت پھیلکر احمراری فلسمانی چکتیاں بنا دیتی ہے

جنکے کنارے اٹھے ہوئے ہوتے ہیں - یہ قسم جاکیبٹ کے رضیعی احمرار (infantile erythema of Jacquet) میں ایک پیچیدگی کے طور پر واقع ہوسکتی ہے -
(۳) تسمیطی قسم (intertriginous type) - یہ سب سے زیادہ عام قسم ہے اور اسے اُس تسمیط سے تمیز کرنا پڑتا ہے جو نبقات سبحیہ کی سرایت یا قوبائی سرایت کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے - یہ چڈوں، بین سرینی درز، اور بغلوں میں، عورتوں میں پستانوں کے نیچے، اور شحیم اشخاص میں خنثلی دہراؤں میں دیکھی جاتی ہے - یہ ثوران خاصکر اُن رقبوں کو ماؤف کرتا ہے جنمیں جلد کی مقابل سطحیں متماس ہوتی ہیں اور چھلکے دار چکتیاں یا سطحی تاکلات بنادیتا ہے جنکی کوروں پر زبرکا ویدہ قرنی طبقہ کا ایک چھوٹا کالرسا بنجاتا ہے، لیکن بروں افتادہ احمراری فلسمانی اضرار بھی ہوتے ہیں - (۴) بین اصبعی قسم (interdigital type) جسے پہلے "بین اصبعی نہوض فطری تاکل" ("erosio interdigitalis blastomycetica") کے نام سے یاد کیا جاتا تھا - یہ قسم نہایت عام طور پر اُن اشخاص میں پائی جاتی ہے جنکے ہاتھ ہمیشہ گیلے رہتے ہیں، مثلاً دھوبنوں اور شراب خانوں کے ملازموں میں - تیسری بین اصبعی فضا کے ماؤف ہونے کا امکان سب سے زیادہ ہوتا ہے - یہ ثوران آبلوں کے گروہوں کی صورت میں شروع ہوتا ہے، جنکے پھوٹنے پر ایک کچی سطح باقی رہجاتی ہے، جس کا حاشیہ موٹے کپو سے ہوئے سرحلمہ کا ہوتا ہے - (۵) ناخنوں کی سرایت - التہاب مہادالظفر (onychia) یا داحس (paronychia) کی مختلف قسمیں بیان کی گئی ہیں، جو مانیلیا کی وجہ سے ہوتی ہیں زیرناخنی پھوڑے (subungual abscesses) یا ظفری صحفے کی بیش قرنیت پیدا ہوجاتے ہیں، لیکن وہ داحس زیادہ مخصوص و ممیز ہے، جسمیں ناخنی شکن بہت بڑے رقبہ پر نہایت متورم ہوجاتا ہے - بالعموم التہاب کے متوالی حاد حملے ہوتے ہیں، جنکے ساتھ فترہ کے زمانے ہوتے ہیں ظفری صحفے سوء تغذیتی ہوجاتے ہیں -

مانیلیا کی سرایت کی اِن قسموں کے علاوہ، راقم الحروف کو ہاتھ پاؤں کے اکزیما نما اور تسمیطی التہاب آدمہ کی ایسی مزمن اصابتیں ملی ہیں جو اکزیما نما قوبائے

مشابہ تھیں، اور اِس عضویہ کے سبب سے پیدا ہوگئی تھیں۔ یہ اکثر نہایت دشوار علاج ہوتی ہیں۔

تشخیص۔ تشخیص قائم کرنیکے لیۓ خردبینی امتحان اور کاشتیں ضروری ہیں۔ پوٹاش کی تجہیزات میں فطرجال لمبے، پتلے، عموماً غیر فاصل دار، اور چھوٹی جانبی کلیبوں کے ساتھ نظر آتے ہیں۔ اِنکے ساتھ بذروں کے متعدد گروہ ہوتے ہیں۔ کاشت کرنے پر عضویہ بافراط بڑھتا ہے اور عموماً خالص کاشت میں ہوتا ہے، مگر ایسا اسوقت نہیں ہوتا جبکہ وہ محض ایک گندہ نباتی آلودگی ہو۔

علاج۔ مانیلیا سے سطحی عفونتیں ہوں تو بالعموم اُنکا علاج کامیابی کے ساتھ ہلکے ٹنچر آف آیوڈین سے کیا جاسکتا ہے، یا نیم ائک سیلی سلک ایسڈ کا مرہم ملنے سے جس کی سفارش بَرادی فطربیت کے لئے کی گئی ہے۔ شاید ۲۵ فیصدی روحِ شراب میں جن شن وایولیٹ (gentian violet) کا ۲ - ۳ فیصدی محلول زیادہ موثر ہے۔
888 داحس کے لئے، اُٹھے ہوئے ناخنی دہراؤ کے نیچے خالص کاربولک ایسڈ یا غیر مرقق مان سال (monsol) روئی کے ذریعہ لگایا جاتا ہے جسکو ایک چپٹی باریک بنی ہوئی دیا سلائی کے گرد لپیٹ لیا جاتا ہے اور ایک جانب سے دوسری جانب تک پھیرا جاتا ہے۔ اِسطرح مانسال روزانہ، اور کاربولک ایسڈ ہر چوتھے یا پانچویں دن لگا سکتے ہیں۔

پیچ موئی امراض

آتشک .... پیچ سلکیہ شاحب (treponema pallidum) (صفحہ 104)-

فرمبیسیہ (framboesia) (یاز = yaws)..... پیچ سلکیہ نازک (treponema pertenue) (صفحہ 1030)-

زہراوی ثولولات

(venereal warts)

(فلطاحیہ یا نوکدار برو قہ = condyloma vel verruca acuminata)

زہراوی ثولولات دونوں صنفوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ مردوں میں یہ

بالخصوص حشفۂ قضیب کے پیچھے کے فجوہ میں، اور اکلیل اور لجام پہ واقع ہوتے ہیں، لیکن سارے غلفہ بلکہ مجری البول کے دہانہ تک کو ماؤف کرسکتے ہیں۔ عورتوں میں یہ دہلیز، قید الشفرین، اور بَظر پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن ساری فرج پر ہوکر جلد و مبرز، اور عجان تک پھیل سکتے ہیں۔ شاذ حالتوں میں یہ بغلوں میں اور جلد الراس پر بھی پائے جاتے ہیں۔

یہ حلیمہ سلعی نبتوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جنکا رنگ گلابی یا بھورا سرخ ہوتا ہے، اور جو بے ڈنڈی اور لٹکنے دار، یا خیط نما اور لمبوتری ہوتی ہیں۔ عورتوں میں یہ گوبھی کے پھول جیسے بڑے بڑے تودے بنا دیتے ہیں، جو تر اور بدبودار ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ ذاتی طور پر تطعیم پذیر ہوتے ہیں، لہذا یہ ہم پہلو سطحوں کو ماؤف کردینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

بحث اسباب - فاوری (Favre) اور سیواٹی (Civatte) نے بتلایا ہے کہ انکا مسبب عضویہ تقریباً یقینی طور پر ایک مرخچہ ہے، جو بروں خلوی اور دروں خلوی دونوں طرح تعداد کثیر میں پایا جاتا ہے۔ ذاتی صفائی کا فقدان، مرطوبیت، حرارت، اور خراش آور اخراجات، جو برآدمہ کی تعطین کردیتے ہیں، انکے نمو میں ممد ہوتے ہیں۔ سوزاک ایک کثیر الوقوع مُعِدّ سبب ہے اگرچہ ایک لازمی مُعِدّ سبب نہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ حمل بھی ایک اہم عامل ہے۔

تشریح - نبتیں نوخیز اتصالی بافت کی خیط نما بروں بالیدگیاں ہوتی ہیں، جنمیں کثیر التعداد دموی عروق موجود ہوتے ہیں، اور جو ایک دبازت یافتہ فاعلی طور پر بڑھنے والی مالپیگی (Malpighian) تہہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں، جسکے خلیات سریع تکاثر کی حالت میں ہوتے ہیں۔ قرنی طبقہ پتلا ہو جاتا ہے۔

علاج - کامل صفائی، اور حابس غسولات اور چھڑکنے کے ایسے سفوف کے استعمال سے جنمیں سیلی سلک ایسڈ اور بورک ایسڈ شامل ہوں، ممکن ہے کہ یہ غائب ہوجائیں۔ دشوار علاج اصابتوں میں لاشعاعیں استعمال کرنا چاہیئے، یا نبتوں کو ایک مجرف (curette) سے دور کیا جاسکتا ہے

نخزحیوانی امراض
(protozoal diseases)

لیشمانیت (قرحہ مشرقی) ...... لیشمانیہ (leishmania) (صفحہ 1052)۔

امیبائیت ...... نسیج پاش دروں امیب [entamœba histolytica) (صفحہ 1056)۔

جلد کی امیبائیت سب سے پہلے اینگمن (Engman) نے اور ہیتھاوس (Heithaus) نے ایک بچہ میں بیان کی جو امیبائی زحیر میں مبتلا تھا، اور ضرور یہ مرض نہایت ہی شاذ ہے۔

بعد حیوانی امراض
(metazoal diseases)

انسانی جلد میں مختلف حیوانی طفیلیات اپنی موجودگی سے اضرار یا ثوراناث پیدا کر سکتے ہیں، جو عموماً مخصوص اور ممیز ہوتے ہیں۔ جوئیں، پسو، کھٹمل اور مچھر طفیلی حشرات کی مثالیں ہیں۔ کلنی (acarus) کی کئی قسمیں، مثلاً انسانی جربی کنہ (sarcoptes scabiei hominis) جو انسانی جرب یا خارشت کا سبب ہے، بق الخریف (leptus autumnalis) یا "بق حصید" ("harvest bug")، لز قیہ شجریہ (ixodes ricinus) یا "قمل خشبی" ("wood louse")، عثہ منتفخ (pediculoides ventricosus) جو "اناج کھجلی" ("grain-itch") کا سبب ہے، اور کنہ (sarcoptes) کی وہ اقسام جو کتے، بلی، بھیڑ اور سور جیسے جانوروں پر طفیلی ہوتی ہیں، یہ سب انسانوں پر حملہ آور ہو سکتی ہیں۔ بالآخر بعض کرم اور سروے جلد کے اندر داخل ہو سکتے ہیں، مثلاً رشتہ یا نارو (guinea-worm)، اثنا عشری کج دہنہ (anchylostoma duodenale) کا سروہ، بعض دوپرے کیڑوں کا سروہ (مہاجر سروہ = larva migrans)۔

انسانوں میں پائے جانے والے قملات یا جوؤں کی تین انواع ہیں:—

قمل الراس (pediculus capitis) یا سر کی جوں، اور قمل البدن او ملابس (pediculus corporis vel vestimentorum) یا بدن کی جوں،

889

اور قمل العانہ (P. pubis) یا کیکڑا جوں -

قمل الراس

(pediculus capitis)

سر کی جوں تقریباً دو ملی میٹر لمبی × ایک ملی میٹر چوڑی ہوتی ہے ' اور جلدالراس کے بالوں میں نسل پیدا کرتی ہے - یہ خاکستری زردی مائل رنگ کی ہوتی ہے ' اور اسکے سات شکمی فلقات کے اتصالات پر دونوں طرف سیاہ نشان ہوتے ہیں - اُسکے انڈے بالوں سے چپکے رہتے ہیں اور اُنھیں لیکھیں (nits) کہتے ہیں - انکی لمبائی تقریباً ½ ملی میٹر ' رنگ سپیدی مائل ' اور شکل کسیقدر مخروطی ہوتی ہے اور اس مخروط کا راس ہمیشہ جلدالراس کی طرف ہوتا ہے - اور یہ کائیٹینی مادّے کے ایک اُستوانی غلاف کے ذریعہ سے ' جو راس سے تھوڑا فاصلہ آگے تک پھیلا ہوتا ہے ' بال کے ساتھ ثبت ہوتی ہیں - جوؤں کی خراش سے مستمر خارش ہوکر قائی اکزیما یا متعدی حصفہ (contagious impetigo) پیدا ہوجاتا ہے - یہ توران قذالی خطّے میں سب سے زیادہ عام اور شدید ہوتا ہے ' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تحت القذالی غدد اکثر کلانی یافتہ ہوجاتے ہیں ' اور ممکن ہے کہ متقیح ہوجائیں -

تشخیص مشکل نہیں - اگر جوئیں فوراً نظر نہ آجائیں تو لیکھوں سے (جو غور سے امتحان کرنے پر بخوبی سے بآسانی تمیز کی جاسکتی ہیں) فوراً ظاہر ہوجائیگا کہ جوئیں موجود ہیں یا نہیں - سر کے پچھلے حصّے میں پپڑیوں کے محل وقوع سے بھی جوؤں کی موجودگی کی قوی تائید ہوتی ہے -

علاج - طفیلات کو ویسلین (vaseline) کے ذریعہ بسرعت تلف کیاجاسکتا ہے جو انکی تنفسی نالیوں کو مسدود کردیتا ہے ' یا بنزال کے ذریعہ - سبراڈ (Sabouraud) زائلال (xylol) ۵ قطرات ' اور ویسلین ۵۰ گرام کے آمیزہ کی سفارش کرتا ہے - اسکو پورے سر پر اچھی طرح مل دیا جاتا ہے ' اور ۱۲ گھنٹہ تک لگا رہنے دیا جاتا ہے - پھر بالوں کا نمدلک کیا جاتا ہے ' اور مرقق ایسٹک ایسڈ کے ساتھ کنگھی کرکے

لیکھوں (nits) کو نکال دیا جاتا ہے۔ کاربالک ایسڈ محلول (۴۰ میں ۱) بھی موثر ہے۔ بالوں کو اس کے ساتھ سیر کر کے ایک دو گھنٹے تک تولیے میں لپیٹ دینا چاہئے، قبل اسکے کہ انکا تدلک کیا جائے۔ ثانوی حصفہ کا علاج، پارے کے مرہموں سے کرنے کی ضرورت ہے، لیکن بالعموم جب طفیلیات تلف ہو جاتے ہیں تو یہ بھی غائب ہو جاتا ہے۔

قمل ملبوسات

(pediculus vestimentorum)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹ 'ب' صفحہ 878)

قمل البدن، قمل الراس کی نسبت زیادہ بڑی، طول میں تقریباً ۳ ملی میٹر اور عرض میں ۱ تا ½۱ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ ہلکے خاکستری مائل رنگ کی ہوتی ہے، الا اسوقت جبکہ وہ خون سے محتقن ہو، جو اسے تاریک سرخی مائل رنگ دیتا ہے۔ اسکے شکم پر جسمیں ۸ فلقات ہوتے ہیں، کوئی سیاہ نشانات نہیں ہوتے۔ طفیلیات میزبان کے درونی جامہ میں کثرت سے ہوتے ہیں، جہاں وہ اسکی شکنوں میں پائے جاتے ہیں۔ اسکے انڈے کپڑوں کے اندر دیے جاتے ہیں، مگر جیسا کہ جنگ کے دوران میں دریافت ہوا، ممکن ہے کہ یہ بدن، اور خصوصاً عانی خط کے بالوں کے ساتھ چپکے ہوئے ہوں۔ ماداؤں کی جبلیت بے انتہا ہوتی ہے، اور نٹل (Nuttal) نے اندازہ لگایا کہ ایک واحد طفیلیہ اپنی عمر بھر میں ۲۷۵ - ۳۰۰ انڈے دیتی ہے، جنمیں سے ۷ روزانہ دئے جاتے ہیں۔ قمل البدن بلا غذا کے تین دن تک رہ سکتی ہیں، سردی کی مدافعت کرتی ہیں، لیکن وہ ۸۰° سینٹی گریڈ کی تپش سے ہلاک ہو جاتی ہیں۔

ان طفیلیات کے کاٹنے سے شری بثور پیدا ہو جاتے ہیں جو شدت سے خارش پیدا کرتے ہیں۔ جوئیں خاص طور پر رات کے وقت غذا کھاتی ہیں، جبکہ خراش نہایت شدید ہوتی ہے، جیسا کہ خارشت میں ہوتا ہے۔ ان اشخاص میں جو کہ مزمن طور پر قملی ہوتے ہیں، کسیقدر برداشت پیدا ہو جاتی ہے، اور

اگرچہ وہ کھجلانا جاری رکھتے ہیں، تاہم خارش کی بہت کم شکایت کیجاتی ہے۔

کھجلانے کے نتیجہ کے طور پر خطی انسحاجات پیدا ہوجاتے ہیں جو خطوط احتکاک (lignes de grattage) کے ساتھ متناظر ہوتے ہیں۔ یہ بالعموم شانوں پر بہترین طور پر دیکھے جاتے ہیں۔ ثانوی ریم زا سرایت ہونے کا امکان ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پپڑی دار حصفی اضرار، اور گہرے نافطیتی قروح جو قملیت کی ان شدید اصابتوں کو پیچیدہ کرتے تھے جو کہ جنگ میں پائی گئیں، نمویاب ہوجاتے ہیں۔

زیادہ گہرے انسحاجات کے بعد شاحب خطی ندبات واقع ہوسکتے ہیں۔

ان مختلف اضرار کے انتخابی مقامات، شانے، پچھلے بغلی دہراؤ، پہلو، عجزی خطہ اور سرینوں کے بالائی حصے، اور رانوں کی مقدمی اور بیرونی سطحیں ہیں۔ طویل المدت اصابتوں میں جلد خشک، کھردری، چھلکے دار، اور گہری ملون ہوجاتی ہے (مرضِ آوارہ گرد = "vagabond's disease")۔ لونیت، جسکے ساتھ انسحاجات اور اُنکے نتیجہ میں ندبات ہوتے ہیں، انتخابی مقامات پر زیادہ تر موجود ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے عمومی ہوجائے اور اسقدر شدید کہ ایڈیسن کے مرض سے مشابہ ہو۔ مزید براں ممکن ہے یہ خدی غشاء مخاطی میں پائی جائے، اور چونکہ شدید تقمل 890
سے نہاکت اور ضعفہ پیدا ہوسکتا ہے، لہذا اِس مرض سے تفریق کرنی ممکن ہے مشکل ہو۔ لونیت کا منہ میں محدود المقام ہونا اور نہاکت ظاہر کرتی ہے کہ جوؤں کا زہر دروں افرازی مشار کی نظام پر ایک سمی تاثیر رکھتا ہے، اور یہ امر دلچسپ ہے کہ دورانِ جنگ میں راقم الحروف نے برص (vitiligo) کی کئی اصابتیں دیکھیں جنمیں اس لونی اختلال کی تحریک تقمل سے ہوئی تھی (28)۔

تقمل البدن اور خارشت (scabies) (جو ملاحظہ ہو) کے درمیان تفریقی تشخیص میں خاص نکات یہ ہیں:-

تقمل البدن	خارشت
انتخابی مقامات ۔ شانے اور پچھلے بغلی دہراؤ، عجزی خطہ اور سرینوں کے بالائی حصے، پہلو، رانوں کے مقدم اور	انگلیاں، کلائیوں کی مقدمی سطحیں، کہنیاں، مقدمی بغلی دہراؤ، بھٹنیاں (عورتوں میں)، شکم ور کی حدیبوں پر سرینوں کے

بیرونی حصے۔
اضرار۔ کھرپیچنے کے نشانات خطی دموی پپڑیاں ہوتی ہیں جو خطوطِ احتکاک کے ساتھ متناظر ہوتی ہیں۔
دوسرے اضرار، حالیہ کاٹوں سے پیدا شدہ شری بثور، حصفی اور نافطیتی زخم، اور اوپری خلطی ندبات ہوتے ہیں۔
انتخابی مقامات کی لونیت شدید ہوتی ہے، اور ممکن ہے عمومی ہو جائے۔

نہایرین حصے، ٹانگیں، ٹخنے، اور پاؤں۔
کھرپیچنے کے نشانات الپین کی نوک جیسی پپڑیاں ہوتی ہیں جو منتصب جرابوں کے راستوں پر واقع ہوتی ہیں۔
دوسرے اضرار یہ ہیں، نقبات - آبلے اور قابُحے۔ اطالت پذیر اور متصلب بثور مقدمی بغلی دوہراؤں میں، صفن یا اوورر کی حدبیوں پر۔ ایکزیمیت، حصفی پپڑیاں اور دنبل۔
لونیت خفیف یا مفقود ہوتی ہے۔

یہ دیکھا جائیگا کہ شانے اور پشت، یعنی وہ حصے جو کہ تقمل میں خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں، خارشت میں نسبتہً بچے رہتے ہیں۔ ان حالات سے قطع نظر جو کہ فوج کے اندر دورانِ جنگ میں پائے جاتے ہیں، تقمل البدن غالبتہً دونوں صنفوں کے معمر اشخاص میں، حتیٰ کہ انمیں جو کہ آسودہ حال ہوں، اور آوارہ گردوں میں پایا جاتا ہے۔ اس کو حقیقی شیخوخی حکہ (true senile pruritis) اور اس حکہ سے جو کہ تحولی فسادات مثلاً بیش شکر دمویت اور کلوی اور کبدی عدم کفایت پر منحصر ہو۔ امراض عصبی مثلاً ہزال نخاع سے۔ نفسیاتی اختلالات سے۔ اور لمفی غدی سلعہ، بیض دمویت، اور حمل کے حکاک (prurigo) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ٹائفس، خندقی اور ناکس بخار جوؤں کے ذریعہ منتقل ہوتے ہیں۔

علاج - انگنٹم ہیڈرارجرائی امونیاٹی یا انگنٹم اسٹی فسیگری (ung. staphysagriæ) جلد پر لگا کر ملدیا جائے تو جوئیں ہلاک ہو جائینگی۔ جن کپڑوں میں انڈے یقیناً حضانت پا رہے ہوں انھیں بالکل تبدیل کر دینا چاہیئے، اور اگر انھیں پھر پہننا ہو تو انھیں گرم تنور میں خوب سینک لینا چاہیئے۔ بدن کے بالوں کے ساتھ چپکے ہوئے انڈوں کو دور کرنے یا تلف کرنے کی ضرورت یاد رکھنی چاہیئے۔ این-سی-آئی

(naptholine 96, creosote 2, iodoform 2) (N. C. I.) اور پائرِیدرم سفوف (pyrethrum powder)، بازسرایت کو روکنے کے لئے استعمال کئے گئے ہیں لیکن دونوں سے بعض موضوعوں میں شدید التہاب الجلد واقع ہوسکتا ہے۔

قمل العانہ

(pediculus pubis)

کیکڑا جوں (crab louse) دوسری دونوں انواع کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے، وہ ایک سے لیکر ڈیڑھ ملی میٹر تک لمبی، اور ایک سے لیکر ڈیڑھ ملی میٹر تک چوڑی ہوتی ہے۔ اسکا جسم تقریباً مربع ہوتا ہے اور اسکی چھ لمبی ٹانگیں ہوتی ہیں، جنمیں پنجے ہوتے ہیں جنکے ذریعہ سے وہ اِس حصہ کے بالوں سے مضبوطی کے ساتھ چمٹی رہتی ہے۔ وہ نہ صرف موئے زہار میں بغل کے بالوں میں اور عظم القص پر کے بالوں میں پائی جاتی ہے، بلکہ کبھی کبھی بھوؤں، پلکوں، مونچھوں یا ڈاڑھی کے بالوں میں بھی منتقل ہوجاتی ہے۔ اُسکے انڈے بالوں سے جلد کے قریب چپکے ہوئے رہتے ہیں۔ کھجلی کی وجہ سے کھجلانا پڑتا ہے، جس سے ایک ایکزیمائی طفح پیدا ہوجاتا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں زیریں شکم اور رانوں کی جلد میں اور اگر بغل اور سینہ کے بال ماؤف ہوں تو سینہ کے اطراف پر اُنگلی کے ناخن کی جسامت کے برابر نیلگوں خاکستری لطخات (لاجوردی لطخات maculæ cæruleæ = تاشئہ نیلگوں = taches bleues، تاشئہ قاتم (taches ombrees = نظر آتے ہیں۔ یہ کیکڑا جوں کی سرایت کے لئے بالکل ممیز ہیں، اگرچہ یہ پہلے ٹائفس بلکہ تپِ محرقہ کی علامت سمجھے جاتے تھے۔ اِن لطخات کا رنگ جُوں کے ریقی غدد سے حاصل ہوتا ہے۔ 891

علاج۔ انگنٹم ہیڈررجرائی (برٹش فارماکوپیا) ایک مقبولِ عام علاج ہے اور نہایت کارگر ہوتا ہے، لیکن اُس سے قاتحی جرابی التہاب (pustular folliculitis) بلکہ حاد سیمابی التہاب اُدمہ (acute mercurial dermatitis) پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ نسبتہً محفوظ تر طریقہ یہ ہے کہ سرایت زدہ حصّوں کو پہلے کاربالک ایسڈ کے محلول (۴۰ میں ایک حصہ) سے جو نسالہ پر لگا ہوا ہو ایک گھنٹہ تک تر رکھو جائے

اور پھر چند روز تک اُنپر ایک مرہم ملا جائے جسمیں پارے کا زرد آکسائڈ (yellow oxide of mercury)، آمونیا ٹیڈ مرکیوری (ammoniated mercury)، یا بالسم آف پیرو (balsam of Peru) شامل ہو۔ بنزال (benzol) یا بنزال اور زائلال (xylol) کا ایک آمیزہ طفیلیات کو ایک لمحہ میں تلف کردیتا ہے، اور ایک ہی اچھا اطلاق شفا کے لئے کافی ہوتا ہے، لیکن بعد میں ایک خفیف سیمابی مرہم کا استعمال قرینِ مصلحت ہے مبادا کچھ انڈے بچ رہے ہوں۔ موئے زہار کو کبھی مونڈنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اگرچہ سرایت عموماً مجامعت سے واقع ہوتی ہے، تاہم وہ دوسرے طریقوں مثلاً ان بیت الخلاء کی نشستوں پہ سے بھی جو کہ گندہ ہوں حاصل ہوسکتی ہے۔

جَرَب یا خارشت

(scabies)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹ الف صفحہ 875)

جَرَب یا خارشت جِلد کا ایک کثیر الاشکال مرض ہے، جس میں خارشتی کلنی (itch acarus)، یعنے انسانی کنا (sarcoptes hominis) کی خراش کی وجہ سے بثور، آبلے، قابچے، اور بعض اوقات پھپھولے موجود ہوتے ہیں۔

891 مادہ کلنی شکل میں بیضوی اور طول میں ۱/۶۰ انچہ ہوتی ہے۔ اُسمیں سامنے چار چھوٹے حُلمہ نما زائدے ہوتے ہیں جنمیں ڈنڈیوں پر لگے ہوئے چُسینے ہوتے ہیں، اور پیچھے چار ویسے ہی زائدے جنہیں لمبے سخت خار ہوتے ہیں۔ نر نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، اُسکے سامنے چار چُسینے، اور پیچھے دو چُسینے اور دو خار ہوتے ہیں۔ مادہ حاملہ ہونے کے بعد جِلد کے اندر ترچھے رُخ میں چھید کرتی ہے، چنانچہ جب بُرادمہ کی اوپری تہیں فِرک کی وجہ سے علٰحدہ ہوجاتی ہیں تو وہ پھر بھی سطح سے اُسیقدر گہرائی پر رہتی ہے۔ جیسے جیسے وہ چھید کرتی ہوئی آگے بڑھتی ہے، وہ انڈے دیتی جاتی ہے (جو کہتے ہیں کہ روزانہ ایک دو ہوتے ہیں)، اور اِسطرح وہ جِلد میں ایک بیقاعدہ خط میں ۱/۴ انچہ یا ۱/۲ انچہ تک نقب بنا دیتی ہے۔ ایسی نقب (خـــدہ = cuniculus) جسے عرف عام میں "ترب" ("run") کہتے ہیں، جلد کی سطح پر

خصائص ذیل کے باعث شناخت کی جاسکتی ہے! اُسکے ایک سرے پر برادمہ ٹوٹا یا گھسا ہوا ہوتا ہے، اور اُسکی آزاد کوریں میلی ہوتی ہیں۔ دوسرے سرے پر ایک دقیق سپید نوکدار اُبھار ہوتا ہے، جسکے اندر کلنی رہتی ہے۔ اِن دونوں نقطوں کے درمیان کی نقب خود ایک لہریہ دار سیاہ خط ہوتا ہے۔ پوری نقب کو ایک قینچی سے جو چپٹے رخ میں خمدار ہو، کاٹ کر چھانٹ سکتے ہیں، یا اُسے ایک چھُریا سے چھیل سکتے ہیں۔ اب اگر اسے لائکر پٹاسی سے تر کر کے امتحان کیا جائے، تو اِسمیں مادہ کلنی، اور اُسکے پیچھے اُسکے انڈے نظر آئینگے، جو حضانت کے مختلف درجوں میں نقب کو پُر کئے ہوئے ہونگے، اور جنکے درمیان فُضلہ کے دقیق سیاہ دھبے ہونگے۔ جب جِلد متقشر ہوتی ہے تو سب سے زیادہ نمو یافتہ انڈے سطح پر آجاتے ہیں اور اُنمیں سے بچہ نکلتا ہے۔ نر جلد میں نقب نہیں بناتا بلکہ سطح پر رہ جاتا ہے، جہاں وہ بعض اوقات اتفاقی طور پہ پکڑ لیا جاسکتا ہے۔

علامات۔ کلنی کے حملہ کی وجہ سے بہت کھجلی ہوتی ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کھر ینچنے سے ریمی سرایت واقع ہوکر مختلف وسعت اور نوعیت کا التہابِ جلد پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھجلی خفیف یا شدید ہوتی ہے، لیکن عموماً اُتنی بُری نہیں ہوتی جتنی کہ جوؤں سے، اور کھر ینچنے سے شاذ ہی ندبات باقی رہتے یا لونیت پیدا ہوتی ہے۔ رات کے وقت جبکہ مریض بستر کے اندر گرم ہو جاتا ہے، کھجلی سب سے زیادہ بُری ہوتی ہے۔ یہ مرض شعری حسکی عضلات کے انقباض کے باعث شعری دہنی جرابوں کا انتصاب واقع کر دیتا ہے، اور اُنکی چوٹیاں کھر ینچنے سے مسحوج ہوتی ہیں، چنانچہ کھر ینچنے کے نشانات یعنی نقطہ نما دموی پپڑیاں ہوتے ہیں جو منتصب شدہ جرابوں کے راسوں پر ہوتی ہیں، اور اسطرح تمام البدن کے کھر ینچنے کے خطی نشانات بہت مختلف ہوتے ہیں۔ وہ بالعموم شکم اور جوارح پر اچھی طرح دیکھے جاسکتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں معتدبہ جسامت کے اطالت پذیر التہابی بثور، جن میں کلنی کچھ گہرائی پر پائی جاسکتی ہے، موجود ہوتے ہیں۔ یہ دالّہٗ مرض ہوتے ہیں، اور مقدمی بغلی دہراؤ، صفن، قضیب، ورکی حدبیوں پر، اور کہنیوں کے گرد واقع ہوتے ہیں۔ ان کی شناخت نہایت اہم ہے، کیونکہ اسوقت بھی جبکہ نقبیں شناخت

نہ کی جاسکیں، ان بثور کی موجودگی تشخیص کو متیقن کردیتی ہے۔ ان کے علاوہ، ابتدائی درجوں میں احمراری اور تسری اضرار، اور بعد ازاں آبلے، فائحات، حصفہ، نافطیت اور اکزیمیت واقع ہوتے ہیں۔ آخرالذکر جوارح پر فتور تعریق نما (dysidrosiform) قسم کی ہوسکتی ہے، لیکن دوسری جگہ مختلف جسامت کی پپڑی دار چکتیاں بناتی ہے
892 آبلہ یا فائحہ ایک نقب کی انتہا پر بن سکتا ہے جہاں کلنی پڑی ہوتی ہے۔ قیحی پھوڑے نوعمر بچوں کی ہتھیلیوں اور تلووں پر غیر عام نہیں ہیں۔ عورتوں میں بھٹنیوں اور حالیزوں کی اکزیمیت کثیرالوقوع ہے، اور یہ تقریباً ہمیشہ خارشت یا رضاعت کے باعث ہوتی ہے۔ معتدل درجہ کی ایوسین پسندی اور گاہے گاہے ایک عارضی البیومین بولیت ظاہر کرتی ہے کہ کلنیاں، قمل البدن کی طرح، ایک سم پیدا کرتی ہیں جو جذب ہوجاتا ہے۔

انتخابی مقامات۔ یہ مختلف اضرار خاص طور پر ہاتھوں کی بین اصبعی فضاؤں میں اور انگلیوں کے جانبی کناروں پر۔ ہتھیلیوں پر۔ کلائیوں کے سامنے پر، خاص طور پر زندی جانب۔ کہنیوں پر۔ مقدمی بغلی دہراؤں پر۔ عورتوں میں بھٹنیوں پر، شکم پر۔ غلفہ اور حشفۃ القضیب پر۔ سرینوں پر۔ ورکی حدبوں پر۔ رانوں پر۔ ٹخنوں اور پا انگلیوں پر۔ اور نوعمر بچوں کے تلووں پر پائے جاتے ہیں۔ نقبیں انگلیوں، کلائیوں، کہنیوں، قضیب پر، اور بچوں میں تلووں پر دیکھی جانے کا سب سے زیادہ امکان ہے۔ یہ دیکھا جائیگا کہ چہرہ، گردن، اور شانے اور پشت بچ رہتے ہیں، لیکن شیرخوار بچوں میں چہرہ، اور گردن کا پچھلا دہراؤ علی الترتیب ماں کے پستانوں اور کلائیوں کے تماس سے ماؤف ہوجاتے ہیں۔

خارشت سے تعدیہ واقع ہونے کے لئے شرط یہ ہے کہ ایک حاملہ کلنی ایک سرایت زدہ شخص سے منتقل ہوجائے۔ ایسا بلاواسطہ طور پر اور تقریباً ناگزیر طور پر ایک خارشت زدہ کے ہمراہ سونے سے واقع ہوسکتا ہے، جس سے خاندانی وباؤں کی، اور مرض کی زہراوی اہل کی کثرتِ وقوع کی توجیہ ہوتی ہے چادروں اور کپڑوں کے ذریعہ بالواسطہ منتقلی اکثر واقع ہوتی ہے، اور سوداگروں کے دلال، جنکو چھوٹے چھوٹے مسافر خانوں میں سونا پڑتا ہے، جہاں صاف چادریں

ہمیشہ میسر نہیں ہو سکتیں، اسطرح سرایت زدہ ہونے کا خاص طور پر امکان رکھتے ہیں۔ یہ امر مشکوک ہے کہ آیا کسی سرایت زدہ شخص کے ساتھ دن کے وقت معمولی تماس سے مرض منتقل ہو سکتا ہے یا نہیں، اگرچہ یہ ممرضات کو جو خارشت زدہ صاحب فراش مریضوں کی تیمارداری کرتی ہیں، ممکن ہے منتقل ہو جائے۔

تشخیص - اضرار کے محلِ وقوع سے تشخیص میں اہم رہنمائی حاصل ہوتی ہے مخلوط بثور، آبلوں اور قائحوں کا کھجلی دار ثوران، خاصکر انگلیوں اور کلائیوں کے قرب و جوار میں اور دیگر متذکرۂ بالا مقامات پر ہو تو نہایت غور کے ساتھ تلاش و جستجو کرنی چاہئے۔ اگر کوئی نقب مل سکے تو اسکے زیادہ صاف سرے پر دقیق سفید ابھار کو تلاش کرنا چاہئے، اور اس کے برادے کو ایک سوئی کی نوک سے احتیاط کے ساتھ کھرینچنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ایسا کرنے پر کلنی ہاتھ آجائے، کیونکہ وہ سوئی کی سطح سے فوراً چپک جاتی ہے۔ اگر یہ نہ ہو سکے تو پھر بہترین طریقہ یہی ہے کہ پوری نقب کو چھانٹ دیا جائے، اور اسے خوردبین کے نیچے رکھکر کلنی کے انڈوں یا ٹکڑوں کے لئے امتحان کیا جائے۔ بالآخر، جہاں التہاب اتنا زیادہ ہوا ہو کہ نقبوں کا پتہ نہ لگایا جا سکتا ہو تو ایسی صورتوں میں پپڑیوں کو علیحدہ نکالکر انھیں پوٹاس یا سوڈا کے محلول کے اندر جوش دیکر اس سیّال کو ایک مخروطی گلاس میں تہ نشین ہونے دینا چاہئے، اور پھر ثفل کا کلنی کے ریزوں کے لئے امتحان کرنا چاہئے۔

علاج - خارشت کا کامیاب علاج اس امر پر منحصر ہے کہ اسکو اچھی طرح عمل میں لایا جائے۔ مریض کو یہ کہدینا کہ "جہاں کھجلی ہو" وہاں گندھک کا مرہم ملے، بیکار ہے۔ یہ ضروری ہے کہ سرایت زدہ خاندان کے تمام رکنوں کا بیک وقت علاج عمل میں لایا جائے، اور مریض کو متنبہ کر دیا جائے، کہ اگر مجوزہ علاج کو پورے طور پر عمل میں لانے کے بعد جلد کی خراش ہنوز باقی ہے تو یہ تقریباً یقینی طور پر استعمال شدہ لاسقہ کے باعث ہے نہ کہ سرایت کے باقی رہنے کے باعث۔

مندرجۂ ذیل طریقہ بالعموم کامیاب ہوتا ہے :-

(۱) پہلی رات کو، مریض کو تقریباً ۲۰ منٹ تک ایک طویل گرم حمام کرایا جاتا ہے، جسمیں سلف ایکوا (sulphaqua) ملایا جا سکتا ہے۔ حمام کے اندر تمام جسم

کی جلد گردن سے لیکر نیچے تک صابن سے خوب رگڑی جاتی ہے تاکہ تمام نقبیں کھل جائیں۔

غسل کے بعد مندرجۂ ذیل مرہم تمام جسم پر گردن سے لیکر نیچے تک بغیر ہاتھوں اور پاؤں کو چھوڑے ہوئے خوب مل دیا جاتا ہے۔

R/		بگیرند
Sulph præcip gr. 30	۳۰ گرین	سلف پرسپ
Balsam peruviani gr. 20	۲۰ "	بالسم پیرو بانی
Ung zinci to the ounce.	تابحد ایک اونس	انگ زنکائی

اور مریض پرانا پاجامہ، قطنی موزے، اور دستانے پہن لیتا ہے۔

893 (۲) اگلے دو روز صبح اور شام کو، مرہم کی مزید تمریخات کرنی چاہئیں۔

(۳) تیسری صبح، ایک دوسرا حمام لینا چاہیے، اور مریض بالکل صاف درونی کتان (underlinin) پہن لے۔ یہ امر اہم ہے کہ تمام درونی اور بستری کتان کا دفع عفونت کرلیا جائے۔

مندرجۂ بالا مرہم کی بجائے مٹیگال (Mitigal) (Bayer) یا "ڈینش" (Danish) مرہم استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ دعوے کیا جاتا ہے کہ آخرالذکر کا واحد الساق کافی ہوتا ہے۔ اس علاج کے بعد، مریض کو کچھ عرصہ کے لیے کوئی مسکن زبدہ یا زنک کی لئی (zinc paste) لگانی چاہیئے۔

ناروے کی خارشت (Norwegian scabies)۔ یہ نوع سب سے پہلے ڈینیل سن (Danielssen) اور بویک (Boek) نے جذامیوں میں بیان کی۔ اسکا امتیازی خاصہ وسیع جلبیت ہے جو بعض اوقات تمام جلد کو، بشمول چہرہ اور گردن کے، متاثر کرتی ہے۔ پپڑیاں خشک شدہ پیپ اور چھلکوں سے بنتی ہیں، اور ان میں کثرت سے ایسی نقبیں پائی جاتی ہیں جنمیں بے شمار طفیلیات اور بیضے ہوں۔ ناخن مفتول اور کمشر، اور کلنیوں کی پناہ گاہ ہوتے ہیں۔ یہ حالت زمانہ ماضی میں بھیڑئیے کی کلنی سے سرایت کا نتیجہ سمجھی جاتی تھی، لیکن اب اسکو پست ذہنیت والے، مفلس اور مغفول اشخاص میں واقع ہونے والی انسانی خارشت سمجھا جاتا ہے۔

حیوانی خارشت(animal scabies)(طفیلیائی کنہ sarcoptic = (mange
- حیوانوں (کتے، بلی، گھوڑے، اونٹ، سؤر، بھیڑ، بکرے) کے کنے انسانوں میں منتقل ہو سکتے ہیں، لیکن وہ نقبیں نہیں بناتے۔ ماؤف حصے وہی ہوتے ہیں جو کہ اس حیوان کے تماس میں رہے ہوں۔ اضرار جو پیدا ہوتے ہیں، چھوٹے بثری آبلے ہوتے ہیں، جو بسا اوقات نثری خارسلاقوں سے محصور ہوتے ہیں، اور کسقدر بثری ثہری کو یاد دلاتے ہیں۔ انمیں شدید کھجلی ہوتی ہے۔ آدمیوں میں فرسی خارشت کی شدید اصابتیں بیان کی گئی ہیں، جبکہ ثوران ایک عمومی سرخ نخیل (pityriasis rubra) سے مشابہ ہوتا ہے۔ چھلکوں اور پپڑیوں میں بے شمار طفیلیات پائے جاتے ہیں۔ چونکہ حیوانی اصل کے کنے انسانی جلد میں نقب نہیں بناتے اور نہ نسل پیدا کرتے ہیں، لہذا اس مرض سے بآسانی شفا ہو جاتی ہے، چنانچہ گندھک کے مرہم کی واحد تمریخ کافی ہوتی ہے، بشرطیکہ سرایت کا منبع دور کر دیا جائے یا اس کا علاج کر دیا جائے۔

اناج کھجلی (grain-itch) - یہ ایک ثوران ہے جو ثہری سلاقات سے بنا ہوتا ہے، جنمیں ایک مرکزی آبلہ یا قائحہ ہوتا ہے۔ جو ممکن ہے معتدبہ جسامت کا ہو جائے اور جدیری (chicken-pox) کے اضرار کے ساتھ مشابہت ظاہر کرے۔ کھجلی شدید ہوتی ہے، اور ممکن ہے ثانوی ریم زاسرایت اور اسکے ساتھ خفیف تپ اور کسلمندی واقع ہو۔ معتدل کثرت خلیات ابیض اور کثرتِ خلیات الیوسنین پسند پائی گئی ہے۔ یہ ثوران عثۂ منتفخ (pediculoides ventricosis) کے باعث ہوتا ہے، جو پیال اور اناج میں بکثرت پایا جاتا ہے۔ یہ انمیں واقع ہوتا ہے جو ان اشیا کو ہاتھ لگاتے ہیں، یعنی گودی کے مزدوروں (dock-labourers) اور ملاحوں میں، اور پیال کی توشکوں سے سرایت مندرج کی گئی ہے۔ عثہ نقب نہیں بناتا، اور گندھک کے مرہم سے بآسانی تلف ہو جاتا ہے۔ کپڑوں کو سینک لینا چاہیئے یا ان کو دھونی دے دینی چاہیئے۔

کھوپرا کھجلی (copra-itch) - یہ ایک ثوران ہے جو نقبوں کی موجودگی سے قطع نظر خارشت سے مشابہت رکھتا ہے، اور ٹرگلفس لانگیر (tryglyphus

(longior کے باعث ہوتا ہے، جو کھوپڑا کے برادہ میں موجود ہوتا ہے۔ اسکا علاج گندھک یا بیٹا نیفتھال (beta-naphthal) سے کیا جاتا ہے۔

مندرجۂ ذیل امراض کی جماعت بندی انکی شکلیات کے لحاظ سے کیجاتی ہے

احمرارات

(ERYTHEMAS)

اِس دوسرے گروہ میں جن ثورانات کے متعلق بحث کرنا ہے، اُنکی جماعت بندی یقیناً غیر تشفی بخش ہے۔ اِنمیں سے بہت سے محض جلدی تعامل کے اشکال ہیں جو بروں زاد یا دروں زاد مبداء کی مختلف النوع سمی یا خراش آور اشیاسے پیدا ہوتا ہے، مثلاً بعض احمرارات، شری اور ایکزیما، اور وہ جلد کی ایک حساسیتی حالت کے مظاہر ہیں (درنی ثورانات = tuberculides اور شعر فطری ثورانات = trichophytides کے ساتھ مقابلہ کرو)۔ اِنکے شکلیاتی اختلافات کا انحصار اینٹی جن کی نوعیت پر نہیں بلکہ جلد کے اُن مخصوص عناصر پر ہوتا ہے جو حساس شدہ ہوتے ہیں۔ شاید یہ زیادہ مرجح ہو کہ اِن غیر نوعی حساسیتی ثورانات کو یکجا جماعت بند کرنیکی کوشش کیجائے۔ ایسے گروہ میں شری (urticaria) اور وِعائی عصبانی اُذیما (angeioneurotic œdema)، ایکزیما، اور بعض حکاکات (prurigos)، جو اکثر دوسرے حساسیتی علامات کے ساتھ پائے جاتے ہیں یا اُن سے متبادل ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو سمی خود روعارضے = toxic idiopathies، صفحہ 138)، اور عمومی تسلخی التہابِ جلد (exfoliative dermatitis) کی بعض قسمیں شامل ہونگی، لیکن ہمارے علم کی موجودہ حالت میں یہ پسندیدہ خیال کیا گیا کہ جس شکلیاتی جماعت بندی کو سابقہ ایڈیشن میں اختیار کیا گیا تھا اسی کو برقرار رکھا جائے۔

894

اسمیں بہت کم شبہ کی گنجائش ہے کہ کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme)، گرہکی احمرار (E. nodosum) اور قرمزہ شکل احمرار

(E. scarlatiniforme)، بالخصوص اپنی ناکس شکلوں میں، عموماً اُس حساس شدگی کے باعث ہوتے ہیں جو نبقدار سبحیہ طویل (streptococcus longus) کی کسی نسل کے لئے واقع ہو چکی ہو۔ اور یہی قول غالباً احمراری ذئب (lupus erythematosus) کی بعض اصابتوں پر صادق آتا ہے۔ لیکن کثیر الاشکال احمرار، گرہکی احمرار، اور قرمزہ شکل احمرار ایک شعری فطر (trichophyton) کی حساس گری سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گرہکی احمرار، احمراری ذئبہ، اور شاید کثیر الاشکال احمرار بعض اصابتوں میں درنی ثورانات ہوں۔ اسی واسطے گو ہم واضح سریریاتی خصائص رکھنے والے ثورانات کو متعدد اسباب سے منسوب کرنا کتنا ہی ناپسند کریں، یہ امر ہمیں تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ احمرار کی یہ قسمیں محض علامیے ہیں، نہ کہ مخصوص نوعی ذاتیں۔

کثیر الاشکال احمرار

(erythema multiforme)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۵۸ ب، صفحہ 833)

کثیر الاشکال احمرار کے عنوان کے تحت بعض مصنفین اُن غیر واضح احمراری ثری طفحات کو بھی شامل کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، جو غذائی اشیاء (مثلاً لحم خنزیر، صدفی مچھلی)، غریب مصلوں ("مصلی طفحہ" "serum rash")، مختلف ادویہ اور بہت سے جراثیمی اور نخسز حیوانی سموم کی حساس گری سے پیدا ہو سکتے ہیں لیکن متعدد اور مسلمہ قسم کا وہ ثوران جو کثیر الاشکال ارتشاحی احمرار (erythema exudativum multiforme) کے نام سے مشہور ہے، ایک مخصوص سریریاتی ذات ہے، جسے مذکورۂ بالا غیر واضح قسم کے طفحات سے متفرق کرنا چاہیئے۔

علامات۔ یہ ثوران، جسکے ساتھ اکثر خراشِ حلق، تپ، مفاصل اور عضلات میں درد، اور معدی معوی اختلال ہوتا ہے، یکایک نمودار ہو جاتا ہے، اور ابتداءً تقریباً ہمیشہ اُن حصوں پر ہوتا ہے جو روشنی میں کھلے رہتے ہیں، یعنے ہاتھوں اور کلائیوں کی پشت، چہرہ اور گردن، اور عورتوں میں بالائی سینہ کے اُس V کی شکل کے رقبہ پر جو بلاؤس (blouse) کی کاٹ کی وجہ سے کھلا رہتا ہے۔ یہ دو جانبا متشاکل ہوتا ہے۔

اور ممکن ہے کہ بعد میں بیشتر بازوؤں، کہنیوں، گھٹنوں، ٹخنوں اور پاؤں کو بھی ماؤف کردے۔ بعض اوقات یہ کم و بیش عمومی ہوتا ہے۔ اکثر اوقات ہونٹوں، گالوں، زبان، بلعوم اور فرج کی مخاطی اغشیہ ماؤف ہو جاتی ہیں، بالخصوص حبابی قسم میں اور متوالی اصابتوں میں۔ مزید براں ممکن ہے کہ سالہا سال تک صرف مخاطی غشیہ پر مرض کے نوبتی حملے ہوتے رہیں بغیر اسکے کہ کوئی جلدی اضرار نمودار ہوں۔ چنانچہ نام نہاد متوالی التہاب الفم (recurrent stomatitis) کی بہت سی اصابتیں درحقیقت اسی نوعیت کی ہوتی ہیں۔

جیسا کہ اسکے نام سے اشارہ ہوتا ہے، پیدا شدہ اضرار نہایت متنوع ہوتے ہیں۔ سب میں زیادہ ممیز و مخصوص اضرار، جو ہاتھوں اور ہتھیلیوں کی پشت پر تمثیلی طور پر پائے جاتے ہیں، اُٹھے ہوئے چپٹے قرص نما احمراری بثور ہوتے ہیں، جو مرکز میں نیلے سے سرخ، اور محیطاً شوخ سرخ یا گلابی ہوتے ہیں۔ جس کرنے پر ایسے ضرر سے اُنگلی کو ایک مخصوص احساس ہوتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے جیسے ایک پانی بھری ہوئی بوتل کے منہ پر ایک ربر کی ٹوپی تنی ہوئی ہو۔ اِن ضرار کے مراکز ایک سیال کے ارتشاح کے باعث اکثر سپید ہوتے ہیں۔ یہ ارتشاح اتنا کافی ہو سکتا ہے کہ ایک آبلہ یا پھپھولا پیدا کردے (حبابی احمرار = E. bullosum) اور بعض اصابتوں میں بڑے داء الفقاع نما (pemphigoid) پھپھولے پیدا ہو جاتے ہیں، جو ایک احمراری ہالہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک بثرہ کے مرکز میں حقیقی نزف واقع ہو جاتا ہے (شری پرپیورا = purpura urticans)۔ مزید براں ممکن ہے کہ مرکزی حصے زائل ہو جائیں اور حلقے باقی رہ جائیں (حلقہ دار احمرار = E. annulatum) جو ایک دوسرے سے پیوستہ ہو کر لہریہ دار یا محاری چکتیاں پیدا کردیں (چکر دار احمرار = E. gyratum)۔ شاذ صورتوں میں ایک احمراری حلقہ کے بالکل باہر ایک دوسرا احمراری رقبہ موجود ہوتا ہے اور اسکے اور باہر ایک اور دوسرا رقبہ اسوقت پیدا ہوتا ہے جبکہ پہلا حلقہ مدہم ہونا شروع ہوتا ہے۔ مختلف مرحلوں میں اِن حلقوں کے مختلف رنگوں سے قوس قزحی احمرار (E. iris) کا نام ذہن میں آتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک ہی وقت میں ایسے چار حلقے دیکھے جائیں اور یہ بعض اوقات

ایک مرکزی پھپھولے کے گرد ہم مرکزی طور پر مرتب ہوتے ہیں (قرحیتی نملہ = herpes iris) - کبھی کبھی یہ مرکزی پھپھولا نسبتہً چھوٹے پھپھولوں یا آبلوں کے ایک یا زائد حلقوں سے گھرا ہوا ہوسکتا ہے - مخاطی اغشیہ پر یہ اضرار ڈھیلے پھپھولوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جنکی جگہ پر جلد ہی نہایت دردناک تاکلات پیدا ہوجاتے ہیں، جنپر ایک خناق وبائی نما جھلی بنجاتی ہے - اِسطرح بعض اصابتوں میں عملی طور پر پوری غذی اور بلعومی مخاطی اغشیہ ماؤف ہوجاتی ہیں، اور درد اور تکلیف ایسی ہوتی ہے کہ کھانا کھانا تقریباً غیر ممکن ہوجاتا ہے -

کثیر الاشکال احمرار کا ایک نہایت ممتاز خاصہ اُسکا رجحانِ توالی ہے - یہ توالی مختلف وقفوں کے بعد واقع ہوتے ہیں، یعنے کبھی تو سال بہ سال، عموماً فصلِ بہار میں، کبھی ہر دوسرے یا تیسرے مہینے، اور شاذ صورتوں میں ایک سابقہ احمرار کے اضرار غائب ہونے سے پیشتر ہی ایک نیا حملہ شروع ہوجاتا ہے - آسلر (Osler) نے بہت عرصہ پہلے اِس امر پر زور دیا تھا کہ کثیر الاشکال احمرار، شری، پرپیورا اور گرہکی احمرار کے درمیان قریبی ائتلاف موجود ہوتا ہے، اور یہ حشائی امراض، مثلاً التہابِ دروں قلب یا التہابِ عضلۂ قلب، التہابِ گردہ، اور معدی معوی اختلالات کے ساتھ بھی تعلق رکھتے ہیں - اِس ائتلاف کی توجیہ بآسانی ظاہر ہوتی ہے کیونکہ کثیر الاشکال احمرار، گرہکی احمرار، اور پرپیورا کا ایک سبب حاد یا مزمن نبقی سبحی سرایت ہے، اور ممکن ہے کہ شری بھی اِسی عضویہ کی حساس گری کے سبب سے ہو - حقیقی گرہکی احمرار کے علاوہ شاذ حالتوں میں ممکن ہے کہ کثیر الاشکال احمرار کے معمولی اوپری اضرار کے ہمراہ دروں اَدمی یا تحت الجلد گرہکیں موجود ہوں، جو بلاشبہ نبقات سبحیہ کے سدادات سے پیدا ہوجاتی ہیں - ایک دوسرا ثوران جو کثیر الاشکال احمرار، خاص طور پر متوالی قسم کے ساتھ اسقدر عام طور پر واقع ہوتا ہے کہ انکا ائتلاف محض اتفاقی نہیں ہوسکتا، سادہ نملہ (herpes simplex) ہے - ایسے بہت سے مریض دیکھے گئے ہیں جنہیں دونوں ثورانات کے متوالی حملے ہونے کا رجحان بہت مدت تک رہا ہے، اور راقم الحروف کی زیرِ نگرانی دو مریضوں میں نملی قشب کے مستحلب کے اشراب سے بظاہر دونوں کے لئے معتد بہ مدت کی مناعت پیدا ہوگئی -

895

بحث اسباب۔ جیسا کہ کہا گیا ہے، شری اور احمرار کی بعض دوسری قسموں کی طرح کثیر الاشکال احمرار، حتیٰ کہ اُسکی سب سے زیادہ مستند اور مسلّمہ شکل ایک مطلقاً نوعی تعامل نہیں قرار دیا جا سکتا۔ لنڈاُوزی (Landouzy) کی تحقیقات سے یہ بظاہر ثابت ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ کثیر الاشکال احمرار اور گرہکی احمرار دونوں ایک سمی درنی ثوران (toxi-tuberculide) ہیں۔ حملہ کے دوران میں چار مریضوں سے لئے ہوئے خون سے گینی پگوں کی سلسلہ وار تطعیم کے نتیجہ (29) کے طور پر رامل (Ramel) یہ سمجھتا ہے کہ یہ ثوران ایک درنی عصبیّہ دمویت ہے، اور صاحب موصوف کی رائے ہے کہ کوئی ماسبق نبقی سبحی سرایت، مثلاً لوزی التہاب محض ایک سبب محرّک ہوتی ہے۔ اسکے اکتشافات کی اس ملک میں تصدیق نہیں ہوئی (30)۔ شعر فطری ثوران (trichophytide) کی ایک کثیر الاشکال احمراری قسم بھی بیان کی گئی ہے لیکن اصابتوں کی بڑی اکثریت میں کثیر الاشکال احمرار غالباً نبقہا سبحیہا طویل کی کسی نسل کی حساس گری واقع ہو جانے کے سبب سے ہوتا ہے۔ حاد رثیّہ (acute rheumatism) کے ساتھ اُسکا ائتلاف اسقدر کثیر الوقوع ہے کہ اُسے محض اتفاق پر محمول نہیں کیا جا سکتا۔ نبقی سبحی عفونۃ الدم (streptococcal septicæmia) میں بھی واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُسکا حملہ ایک مہلک نبقی سبحی ساری التہاب دروں قلب (infective endocarditis) کا آغاز کر دے۔ ایسے مریضوں کے ایک سلسلہ میں، جنمیں متوالی حملے ہوا کرتے تھے، مزمن نبقی سبحی سرایت کے ایک یا زاید ماسکے ہمیشہ پائے گئے، انکے مصل میں نوعی الزاقینیں (agglutinins) اور رسوبینیں (precipitins) موجود تھیں، اور نبقیہ سبحیہ کی سرایت رساں نسل سے تیار کردہ جُدرین کے اشرابات سے اکثر ماسکی تعاملات کی تحریک ہوئی، یعنے جلد یا مخاطی اغشیہ پر چند تمثیلی آفرار نمودار ہو گئے، اور سرایت کے اُن ماسکوں کو جن تک رسائی ہو سکی خارج کر دینے اور ساتھ ہی عرصہ دراز تک ایک خودزاد نبقی سبحی جُدرین استعمال کرنے سے حملے موقوف ہو گئے (31)۔ سرایت کے معمولی مخرجے یا داخل ہونے کے دروازے لوزتین، اُنفی بلعوم، دانت، انفی جوف، اور آنتیں ہیں، لیکن ممکن ہے کہ دوسری راہیں بھی اسکا سبب ہوں، مثلاً غدۂ قدامیہ اور عنق رحم۔ ممکن ہے

بعض اصابتوں میں کثیر الاشکال احمرار، سادہ نملہ کے قشب کے حملہ کا وسیع طور پر پھیلا ہوا جلدی تعامل ہو۔ ثوران کے حملہ کی استعداد پیدا کرنے اور اس کے نتیجہ کی تعیین میں سورج کی روشنی میں منکشف ہونا بھی بلاشبہ ایک عامل ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر میں لٹا دینا چاہئے، اور التہاب درون قلب اور التہابِ عضلۂ قلب کے امارات کے لئے اسکے قلب کو بہ احتیاط دیکھتے رہنا چاہئے۔ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) یا سیلی سین (salicin) کو قلویات کے ساتھ ملا کر دیسکتے ہیں، یا کونین دی جائے۔ مقامی طور پر حاد درجہ کے دوران میں مُبرّد غسولات، مثلاً لوشیو پلمبائی (lotio plumbi) یا لوشیو کلامینی (lotio calaminæ) لگانے چاہئیں۔ ثوران کی حبابی قسم میں، جبکہ دہن کی مخاطی جھلّی ماؤف ہو، درد اور تکلیف کے ازالہ کے لئے مریض کو برطانی قرابادین کی ٹراکس کس کرامیریئی ایٹ کوکینی (trochiscus krameriæ et cocainæ B.P.) یا ٹراکس کس ایسڈی کاربولیسی (trochiscus acidi carbolici, B.P.) چوسنے دینا چاہئے۔

جب حملہ رفع ہو جائے تو کسی مزمن ماسکۂ سرایت مثلاً لوزتین یا دانتوں کے لئے تلاش و جستجو کرنا چاہئے، اور اگر یہ مل جائے تو اِسکا مناسب تدارک کرنا چاہئے۔ متوالی اصابتوں میں سرایت رسان ماسکہ سے تیار کردہ اور ترجیحاً درون جلدی طور پر اخراب کردہ نقی سبحی جدرین کا استعمال عرصۂ دراز تک کرنا چاہئے۔ عدم دمویت کے لئے جو حملہ کے بعد واقع ہو جاتی ہے، لوہا دینا چاہئے یہانتک کہ خون پھر طبعی ہو جائے۔

حلقہ دار مرکز گریز احمرار (erythema annulare centrifugam)

متعدد مشاہدین نے پیچدار یا شکل دار احمراری ثورانات کو مختلف اصطلاحات کے تحت بیان کیا ہے، لیکن انکو حلقہ دار مرکز گریز احمرار کے توضیحی لقب کے تحت جمع کیا جا سکتا ہے، جیسے ڈیریئر (Darier) نے تجویز کیا ہے۔ یہ اضرار اُبھرے ہوئے احمراری بثور کے طور پر پیدا ہوتے ہیں، جو چھونے پر سخت معلوم ہوتے ہیں، لیکن اس سے کم سخت کہ جتنے حلقہ دار اریکی سلعہ (granuloma annulare) کے معلوم ہوتے ہیں۔ وہ محیطی طور پر پھیلتے اور ساتھ ہی مرکز میں زائل ہوتے جاتے ہیں، اور اسطرح حلقوں یا نیم اٹروں میں بسرعت مبدل ہو جاتے ہیں، جو مختلف جسامت حاصل کرتے ہیں 896

اور اسکے بعد مدھم پڑ جاتے ہیں، اور خفیف لونیت، شاید کسیفدر تفلس کے ساتھ باقی رہتی ہے بعض اوقات بے قاعدہ پھیلاؤ سے یا اصلی حلقہ دار اضرار کے ٹوٹنے کے باعث چکردار شکلیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ انتخابی مقامات، دھڑ اور جوارح کے قربی فلقات ہیں سابق الوجود عناصر کے مقامات پر، بعض اوقات کچھ وقفہ کے بعد نئے عناصر پیدا ہوتے رہتے ہیں، لیکن بالعموم بیک وقت تھوڑے پائے جاتے ہیں، اور دو جانبی تشاکل کا رجحان نہیں ہوتا۔ یہ عارضہ، صحت یابی کے وقفوں کے ساتھ، مہینوں یا سالوں تک جاری رہ سکتا ہے۔

بحث اسباب۔ راقم الحروف کی رائے ہیں، اس ثوران کو کثیر الاشکال احمرار اور حلقہ دار اریکی سلعہ کے درمیان ایک جوڑنے والی کڑی سمجھا جا سکتا ہے۔ شاید انکا مقابلہ آتشکی ثورانات سے کیا جا سکتا ہے، چنانچہ کثیر الاشکال احمرار، وسیع پھیلے ہوئے ثانوی اضرار سے تناظر ہوتا ہے، حلقہ دار مرکز گریز احمرار، آخری ثانوی درجہ کے غیر متشاکل پیچدار آتشکی ثورانات سے، اور حلقہ دار اریکی سلعہ دبیب ثالثی اضرار سے۔ جیسا کہ کثیر الاشکال احمرار اور حلقہ دار اریکی سلعہ کی حالت میں ہوتا ہے، اغلب یہ ہے کہ حلقہ دار مرکز گریز احمرار کوئی نوعی ذات نہیں ہے، بلکہ ایک سے زیادہ سم کے لئے جلد کا تعامل ہے۔ راقم الحروف کے اپنے مشاہدات سے مترشح ہوتا ہے کہ بالعموم یہ ایک نبقی سبحی ثوران ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اس کو حلقہ دار اریکی سلعہ سے متفرق کرنا پڑتا ہے، جس کے عناصر چھونے پر زیادہ سخت، کم حاد طور پر احمراری، زیادہ سست ارتقاء کے، اور زیادہ ہٹیلے ہوتے ہیں۔ نیز حلقہ دار آتشکی ثورانات سے، جو کبھی سرعت سے نہیں پھیلتے، اور زیادہ طویل مدت کے ہوتے ہیں۔ نیز سرخ بادہ نما (erysipeloid) سے۔

علاج۔ سابقہ حاد علالتوں، مثلاً قرمزی تپ (scarlet fever)، التہاب لوزتین (tonsillitis) اور نفاسی تپ (puerperal fever) کی سرگزشت دریافت کرنی چاہیئے اور سرایت کے مزمن ماسکات کی موجودگی تلاش کر کے اس کا علاج کرنا چاہیئے۔ راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ مختلف نسلوں سے تیار کردہ نبقی سبحی جدرین کے دروں جلدی اشرابات شافی ہوتے ہیں، کم از کم اصابتوں کی اکثریت میں۔ ابتدائی معتاد چھوٹی ہونی چاہیئے

(ایک یا دو ملیون عضویات) کیونکہ مقامات اِنتراب پر شدید مقامی تعاملات اکثر پیدا ہوجاتے ہیں۔ مابعد معتاد اس تعامل کے درجہ پر منحصر ہے، اور جب تک یہ نمایاں ہے معتاد کو ہرگز نہیں بڑھانا چاہیئے۔

حلقہ دار ریکی سلعہ (granuloma annulare)۔ اس کیفیت نادر شاذ ثوران کا ابتدائی ضرر، ایک سخت، مٹر کے برابر گرہک ہوتی ہے، جو سطح سے تقریباً $\frac{1}{16}$ انچہ یا کسیقدر زیادہ اُبھری ہوتی ہے۔ خارج المرکز پھیلاؤ سے، یا نئی گرہکوں کے پیدا ہونے سے، مختلف جسامت کی حلقہ دار چکتیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔ ان کی سطح چکنی، کنارے واضح طور پر متمیز ہوتے ہیں، اور رنگت سرخی مائل سفید سے لیکر دھندلی ارغوانی تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ حلقوں کے مرکزی رقبے بالعموم ایک تاریک ارغوانی رنگ سے ملوّن ہوتے ہیں، اور ممکن ہے ان پر دقیق شاحب گرہکیں جڑی ہوئی ہوں، جو غیر ملتقی رہتی ہیں اور ابھرے ہوئے کنارے کے انحلال کے بعد ممکن ہے باقی رہیں۔ بے قاعدہ ہکش کے ذریعہ ہلالی یا ہارنما چکتیاں پیدا ہوسکتی ہیں۔ یہ ثوران زیادہ اکثر ہاتھوں کی پشت، کلائیوں، ٹخنوں، گھٹنوں، سرینوں اور گردن پر واقع ہوتا ہے۔ بالعموم اضرار کی تعداد تھوڑی ہوتی ہے، لیکن راقم الحروف کی مشاہدہ کردہ دو اصابتوں میں یہ بے شمار تھے، اور وسیع پھیلاؤ سے بڑے رقبوں کو ماؤف کرتے تھے۔ ارتقاء سست ہوتا ہے، اور خود بخود انحلال ہونے کا رجحان بالکل نہیں ہوتا۔ تقرح کبھی واقع نہیں ہوتا، اور بعد ازاں انداب بالکل نہیں ہوتا۔

بحث اسباب۔ اگرچہ حلقہ دار ریکی سلعہ بچوں اور ریعانیوں میں ہوتا ہے، تاہم یہ ادھیڑ بلکہ آخر زندگی میں بھی واقع ہوسکتا ہے۔ کثیر الاشکال احمرار اور حلقہ دار مرکز گریز احمرار کے ساتھ اسکے رشتہ پر پہلے بحث کی جاچکی ہے، اور راقم الحروف ایک ایسے مریض میں جو اول الذکر کے متوالی حملوں کا موضوع تھا، کثیر الاشکال احمرار کی چکتی سے تمثیلی حلقہ دار ریکی سلعہ کا بتدریج نمو مشاہدہ کرچکا ہے۔ مزید براں ان مریضوں میں جنہیں احمراری ذئبہ ہو، گاہے گاہے گرہکی اور حلقہ دار اضرار دیکھے جاتے ہیں، جو سریری طور پر حلقہ دار ریکی سلعہ سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، اور انکے ہمراہ ایسے اضرار پائے جاتے ہیں یا وہ ایسے اضرار میں مبتدل ہوجاتے ہیں جو کہ اس مرض کے لئے ممیز ہیں۔ یہ واضح ہے کہ

897

یہ سب ثورانات ایک دوسرے کے ساتھ قریبی رشتہ رکھتے ہیں، اور اگرچہ بعض کی رائے یہ ہے کہ یہ عدیم المثال امراض ہیں اور نامعلوم نوعی عضویات کی سرایت کے باعث ہیں، اغلب یہ ہے کہ یہ مختلف سموم کے لئے مختلف اقسام کے غیر نوعی تعاملات کے آئینہ دار ہیں۔ حلقہ دار اریکی سلعہ کے متعلق بہت سوں کا خیال ہے کہ ذئبہ احمراری کی طرح یہ تدرنی اصل کا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں ایسا ہی ہو، لیکن دوسری اصابتوں میں غالباً یہ ایک نبقی سبحی ثوران ہوتا ہے۔ فارمن (Forman) اور راقم الحروف نے ۱۱ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں یہ دیکھا کہ ۳۰ فیصدی نبقہ سبحیہ خون پاشں (streptococcus hæmolyticus) کے لئے مثبت دروں جلدی کاشفات دیتی ہیں ۵۰ فیصدی نبقہ سبحیہ سبز (streptococcus viridans) کے لئے، اور صرف ایک اصابت (۹ فیصدی) ٹیوبرکلین کے لئے تعامل ظاہر کرتی تھی، اگرچہ یہ تعامل قوی طور پر مثبت تھا۔ مزید براں دو وسیع پھیلاؤ رکھنے والی اصابتوں میں، جنکا راقم الحروف نے مشاہدہ کیا، تدرن کی کوئی شہادت نہ تھی۔ ایک میں یہ ثوران، زچگی کے بعد شدید نبقی سبحی عفونت الدم کے بعد ہوا تھا، اور دوسری کئی سال تک مزمن نبقی سبحی سرایت میں مبتلا رہی تھی۔ دونوں نے نبقی سبحی جدرین کے دروں جلدی اشرابات کے لئے حیرت انگیز جیببیت ظاہر کی، گوکہ ابتداءً تعاملات شدید ہوئے، اور یہ طریقۂ علاج بعض اصابتوں میں کامیاب ثابت ہوا ہے۔

مرضی تشریح بالائی ادمہ میں تروبی تنخر کا ایک مرکزی رقبہ ہوتا ہے، جسکے گرد لمفی خلیات، سرطمہ آسا اور توصیلی بافت کے خلیات کی دررریزش ہوتی ہے۔ پلازمائی اور عفریتی خلیات دیکھے جاسکتے ہیں۔ برادمہ صحیح وسالم ہوتا ہے۔

علاج سیلی سلک ایسڈ لصقہ (salicylic acid plaster) کے مقامی استعمال سے ابھار غائب ہوجاتے ہیں، اور شعاعی علاج سے وہ شفایاب ہوجاتے ہیں۔ تدرنی یا نبقی سبحی سرایت کی موجودگی کے لئے مریض کی تفتیش کرنی چاہیے، اور اسی کے لحاظ سے اسکا علاج کرنا چاہیے۔ ڈیریر (Darier) نے دروں جلدی طور پر ٹیوبرکلین کا مشورہ دیا ہے، اور جیسا کہ بیان کیا جاچکا ہے، راقم الحروف نے نبقی سبحی جدرین کے دروں جلدی اشرابات بالعموم شافی پائے ہیں۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ ایک حکیتی خردبینی امتحان کیلئے اسکا تھوڑا سا حصہ

دور کرنے کے بعد اکثر غائب ہوجاتی ہے۔

گرہکی اِحمرار

(erythema nodosum)

یہ جلد کے بیضوی یا گول ٹھوس چپٹے اُبھار ہیں، جنکا قطر ½ انچہ سے لیکر ½۱ انچہ تک، اور رنگ شوخ یا دُھندلا سرخ ہوتا ہے یہ بتدریج ڈھلوان ہوکر آس پاس کی جلد کے برابر ہوجاتے ہیں، اور چھونے میں الیم ہوتے ہیں، اور شاید انھیں دبانے سے خفیف سا گڑھا پڑجاتا ہے۔ علی العموم یہ دونوں قصبیات کے سارے طول میں واقع ہوتے ہیں اور دونوں زندی ہڈیوں پر بھی اِنکا وقوع شاذ نہیں۔ گو دوسرے حصوں پر شاذ ہی ہوتے ہیں، تاہم یہ پنڈلی، رانوں، کتفی ہڈیوں، اور ذراعیہ کے قندالوں پر بھی ہوسکتے ہیں یہ کم وبیش فصلوں (crops) کی صورت میں نکل آتے ہیں، سات یا دس دن تک جاری رہتے ہیں، اور بتدریج کم ہوجاتے ہیں جسکے بعد کوفتگی نما تلوین باقی رہ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ نرم ہوکر تموج ظاہر کریں لیکن اِنمیں پیپ کبھی نہیں پڑتی - یہ بچوں میں اور بیس سال سے کم عمر کے اشخاص میں سب سے زیادہ عام ہوتے ہیں، اور لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ کثیرالوقوع ہیں۔ ثوران کے ظہور سے پہلے اکثر سوزش حلق یا التہاب لوزتین ہوجاتا ہے، جسکے ہمراہ کسیقدر حرارت، عام کسلمندی، جوڑوں میں درد، اور بعض اوقات حقیقی التہاب مفاصل (جسکا رثیئی تپ سے مقابلہ کیا جاسکتا ہے) پیدا ہوجاتا ہے۔

بحث اسباب - گرہکی احمرار کو کثیرالاشکال احمرار کا ادمی زیرادمی مثنیٰ سمجھا جاسکتا ہے، جسکے ہمراہ یہ گاہے موجود ہوتا ہے۔ حالیہ سالوں میں اسکی تسبیب، اور بالخصوص تدرن کے ساتھ اسکے رشتہ کے متعلق بہت بحث کی گئی ہے۔ بعض خیال کرتے ہیں کہ یہ ایک نوعی خردعضویہ کی سرایت کے باعث ہوتا ہے، مثلاً جسکو روسنو (Rosenow) نے اپنے ادعا کے مطابق اس مرض کی ۲ اصابتوں میں گرہکوں اور خون سے تفرید کیا، اور ٹروسو (Trousseau) نے اسکو ثورانات (exanthemata) میں جماعت بند کیا۔ عام اتفاق رائے اسپر ہے کہ کثیرالاشکال احمرار کی طرح، یہ ایک نبقی سبحی یا رثیئی سرایت کا مظہر ہوسکتا ہے، اور گاہے اسکے ہمراہ التہاب دروں قلبیہ اور التہاب تامور پایا جاتا ہے۔

اسکے حملے کے دوران میں خون سے نبقات سبحیہ کی کاشت کی گئی ہے۔ دوسروں نے سوزاک کے مریضوں میں اسکی کثرتِ وقوع پر زور دیا ہے، اور ایک آتشکی قسم بیان کی گئی ہے۔ بعض ادویہ مثلاً آیوڈائیڈز (iodides)، اینٹی پائرین (antipyrine) سے مماثل ثوران کی تحریک ہوسکتی ہے۔

تاہم اب شہادت جمع ہوئی ہے جو ظاہر کرتی ہے کہ مثالوں کی اکثریت میں
898 یہ تدرنی اصل کا ہوتا ہے۔ یہ نظریہ ۱۹۰۰ء میں لینڈوزی (Landowsy) نے قائم کیا اور بعد ازاں اس نے یہ ادعا کیا (32) کہ اس نے ایک گرہک کی عرق میں عصیہ درنی کا مظاہرہ کیا ہے، اور اسی گرہک کے دوسرے حصے کے ذریعے ایک گنی پگ کو متدرن کر دیا ہے۔ اصابتوں کے بہت بڑے تناسب میں قوی طور پر مثبت مانٹو (Montoux) کاشفات حاصل ہوئے ہیں۔ ۱۸ مریضوں کے ایک سلسلے میں فارمن (Forman) اور راقم الحروف نے (33) دیکھا کہ ۵۴ فیصدی ٹیوبرکلین کے لئے قوی طور پر مثبت، اور ۳۸ فیصدی مثبت تعامل دیتے ہیں یعنی کل ۹۲ فیصدی۔ حالانکہ کثیر الاشکال احمرار میں صرف ۱۹ فی صدی قوی طور پر مثبت اور ۲۳ فیصدی مثبت تعامل دیتے ہیں یعنی کل ۴۲ فیصدی۔

معلوم ہوتا ہے کہ گرہکی احمرار بالعموم ایک تازہ تدرنی سرایت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جسمیں تطعیم کا اولی مقام اکثر چھوٹا اور پلورا سے عین نیچے ہوتا ہے، اور نافچہ کے غدد بسرعت اور زیادہ وسیع طور پر ماؤف ہوجاتے ہیں (34)۔ غالباً آخرالذکر ہی سے درنی عصیات جوئے خون پر حملہ آور ہوجاتے ہیں، جس پر ثوران کا انحصار ہے۔ اکثر اوقات ایسے شخص کے ساتھ جو مکشوف تدرن میں مبتلا ہو حالیہ تماس کی سرگذشت حاصل ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ ایک مخفی درنی ماسکہ کی باز تعمیل کا پیش خیمہ ہوتا ہے (مقابلہ کرو احمرار تصلبی سے)، یا رئوی تدرن کی بالغ شکل کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ وہٹ ویل (Whitwell) نے ایک اصابت درج کی ہے جسمیں گرہکی احمرار جلد کی اولی تدرنی سرایت کے بعد جسکے ساتھ قرب وجوار کے لمفی غدد پر حملہ ہوا تھا پیدا ہوگیا اور درنی عصیات دونوں مقامات سے حاصل ہوئے۔ تحت الحاد اصابتیں جو احمرار گرہکی اور احمرار تصلبی کے درمیان برزخ بناتی ہیں، بیان کیگئی ہیں۔

بالآخر، احمرار گرہکی شعرِ فطری ثوران کی ایک شاذ قسم ہوسکتی ہے۔

بلاچ (Bloch) نے ٹرائکو فائٹین کے اشراب سے ماسکی تعاملات حاصل کئے، اور بروس گارڈ (Bruusgaard) نے ادعاء کیا ہے کہ اس نے اپنی اصابت کی گرہکوں میں بذرات کا مظاہرہ کیا، اور اضرار سے شعری فطر خانہ بدوشاں (trychophyton gypseum) کی کاشت کی، جو کہ اصل قوبائی سرایت کا تسبیبی فطر تھا۔ مختصر آ یہ کہ احمرار گرہکی ایک حساسیتی ادمی زیرادمی تعامل ہے جو کہ دوران کرنے والے عضویات کے سدادات کے باعث ہوتا ہے، جنمیں سے درنی عصیہ سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب معلوم ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ ابتدائی اضرار میں زیر جلدی شریانوں کی علقیت دیکھی جاتی ہے اور گردوپیش کی زیر جلدی شحم میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات کی کثیف درریزش۔ آخری اضرار میں، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات غائب ہوجاتے ہیں اور انکے بجائے لمفی خلیات پیدا ہوجاتے ہیں۔ عمل اندمال کے دوران میں عفر بینی خلیات موجود ہوسکتے ہیں، لیکن وہ آکلات الشحم (fat-phagocytes) ہوتے ہیں، اور تدرنی ضرر پر دلالت نہیں کرتے۔

انذار۔ ان اصابتوں میں جنمیں ثوران کا سبب تدرنی سرایت معلوم ہوتا ہو، انذار محتاط ہونا چاہئے۔ بہت سی مثالیں ایسی درج ہوئی ہیں کہ جنمیں احمرار گرہکی کے حملے کے بعد چند ماہ کے اندر فعال تدرن کے ظواہر پیدا ہوگئے ہیں۔ اور بعض میں ذخنی تدرن سے موت واقع ہوگئی ہے۔ بچوں اور ریعانیوں میں مستقبل زیادہ تشویشناک ہوتا ہے، کیونکہ ان میں تدرنی اصل کا زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن یہ معلوم ہوتا ہے کہ بالغوں میں خون پاش نبقہ سبحیہ کے ساتھ حلق کی سرایت اکثر سبب ہوتی ہے۔

علاج۔ تفتیشات کے نتائج معلوم ہونے تک مریض کو بستر میں رہنا چاہئے، اور ان تفتیشات میں سینہ کا سریری اور شعاع نگاری امتحان، ٹیوبرکلینی کا شفات، اور ان اصابتوں میں جنمیں نبقی سبحی اصل کا شبہ ہو، خون میں ضد سبحی لائیسین (antistrepto-lysin) کی تخمین شامل ہونی چاہئے۔ ایسے شخص کے ساتھ جو کہ تدرن مکشوف میں مبتلا رہا ہو سابقہ تماس کے متعلق محتاط استفسار کرنا چاہئے۔ اس قسم کا تماس احمرار گرہکی کی ان وباؤں کی توجیہ کرتا ہے جو بعض اوقات خاندانوں اور مدرسوں میں نمودار ہوجاتی ہیں۔ فارمن (Forman) نے آٹھ بچوں کا ایک خاندان دیکھا، جنمیں سے

پانچ بچوں میں، خاندان کے ایک زیادہ عمر کے فرد کے ساتھ متماس رہنے کے بعد جو فعال تدرن میں مبتلا تھا، یہ ثوران نمودار ہوگیا۔ اگر تفتیش کرنے پہ تدرن کی شہادت پائی جائے، تو اصابت کی اطلاع دے دینی چاہئے، اور اس مرض کا مقابلہ کرنے کے معمولی طریقے فی الفور شروع کر دینے چاہئیں۔ بہرحال، مریض کو کئی ماہ تک کڑی نگرانی میں رکھنا چاہئے۔
اگر ایک خون یا شش نفقہ سبجیہ سبب معلوم ہوتا ہو تو مزمن ماسکات، مثلاً لوزتین کا تدارک کرنا 899
چاہئے، اور اگر متوالی حملے واقع ہوں تو خود زاد یا مذکورہ جدرین کے دروں جلدی اشرابات دینے چاہئیں، جیسا کہ کثیر الاشکال احمرار کے لئے مشورہ دیا گیا ہے۔ تمام اصابتوں میں ایک پرحیاتین غذا اور کیلشیم کے ملحات تجویز کرنے چاہئیں، اور مریض کو گھر سے باہر حتی الامکان رہنا چاہئے۔

خصرتی احمرار

(erythema pernio)

(chilblain = خصرت)

خصرتین، جلد کے نیلے سے سرخ تورمات ہیں، جو بعض اشخاص میں سردی میں تکشف سے یا کرۂ ہوائی کی تپش کے یکایک گرجانے سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ سب سے زیادہ عام طور پر ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں اور ہاتھوں اور پاؤں کے دوسرے حصص پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن کان، ناک کی نوک، گال، اور نوجوان لڑکیوں میں جنکو احمراری زراق (erythrocyanosis) ہو، ٹانگوں کے زیریں حصے بھی متاثر ہوسکتے ہیں۔ ممکن ہے وہ محدود المقام ہوں یا منتشر ہوں۔ وہ کھجلی، جھنجھناہٹ، اور حقیقی درد کے احساسات پیدا کرسکتے ہیں۔ بالعموم وہ بتدریج زائل ہوجاتے ہیں، لیکن بعض اوقات بالائی ادمہ میں مصلی ارتشاح بر ادمہ کو ابھارنے کے لئے کافی ہوتا ہے، جس سے ایک موٹی دیواروں والا آبلہ بنجاتا ہے جو پھوٹ جاتا ہے اور ایک عسیر الاندمال تقرح باقی رہ جاتا ہے (خصرت مکشوف = open chilblain)۔ ممکن ہے یہ ریم زا عصیات سے ثانوی طور پر سرایت زدہ ہوجائے۔ آہستہ آہستہ اندمال واقع ہوجاتا ہے، جسکے ساتھ انداب ممکن ہے یا نہ ہو۔ دوسری اصابتوں میں تقرح بالکل نہیں ہوتا، لیکن برافتادہ قرنی تہ دبیز ہوکر پھر پھٹ جاتی ہے

جس سے درد ناک شقاقات پیدا ہو جاتے ہیں۔ شدید منقرح خصرتیں بعض اوقات مریض کو دستی کام بلکہ چلنے پھرنے کے بالکل ناقابل بنا دیتی ہیں۔

بحثِ اسباب۔ اگرچہ بالعموم خصرتیں بچوں اور ریعانیوں میں دیکھی جاتی ہیں، تاہم یہ ادھیڑ اور آخر عمر میں بھی نمودار ہو سکتی ہیں۔ ایسے اشخاص میں جن میں قلیل محیطی دورانِ خون ("خصرتی دورانِ خون") ہو اور شریانوں کے تشنجی انقباض پر منحصر مردہ انگلیوں" کا، یا جوارحی زراق (acrocyanosis) کا رجحان ہو، قدرتی طور پر یہ زیادہ آسانی کے ساتھ پیدا ہو جاتی ہیں، لیکن اس قسم کے چند اشخاص میں خصرتیں کبھی پیدا نہیں ہوتیں، اور اسکے بالعکس آخر الذکر ایسے اشخاص میں پیدا ہو سکتی ہیں جنہیں ایسا رجحان نہیں ہوتا۔ سردی، خصوصیت کے ساتھ مرطوب سردی، فوری محرک عامل ہوتا ہے، اور ایک مرطوب جگہ یا مکان میں رہائش، ایک ایسے شخص میں جو پہلے منبع تھا خصرتوں کا ظہور واقع کر سکتی ہے۔ سوءِ تغذیہ، عدم دمویت، اور شریانی کم طنابی اسباب معدّہ ہیں، اور بہت سے اشخاص جو مرض کا شکار ہو جاتے ہیں تدرنی موضوع ہوتے ہیں۔

یہ امر واضح ہے کہ دروں افرازی غدد کے مسرع گروہ (درقیہ، نخامیہ اور مبیضین) کی قلت فعل، غالباً تسبیبی اہمیت رکھتی ہے۔ دوران کرنے والے نخامی ہارمون کی قلت جو کہ شعری طناب کا خاص منظم ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ دقیق عروق کی دیواروں کی نفوذ پذیری کو کم کرتا ہے، غالباً جوارحی زراق اور خصرتوں کی تولید میں اہم ترین واحد عامل ہے۔

احراضیات۔ طبعی طور پر، سردی میں جلد کا تکثف، چھوٹے عروق اور شعری عروق کا انقباض واقع کر کے بعد ازاں شحوب پیدا کر دیتا ہے۔ اسکے بعد عروقی اتساع کے باعث، احمرار کی صورت میں ایک تعامل واقع ہوتا ہے، جو بتدریج کم ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر عرق حرکی طناب قلیل ہو، تو عروق اور شعری عروق کا تمدد باقی رہتا ہے، اور یا فتوں سے مصل، بلکہ خون نکل جاتا ہے، کیونکہ دیواروں کی نفوذ پذیری بڑھ جاتی ہے۔ لہٰذا یہ کہا جا سکتا ہے کہ خصرتیں اذیما کے ساتھ سکونی احمرار کے باعث ہوتی ہیں۔

تشخیص۔ خصرتوں کو بثوری تنخری درنی تورانات اور ذئبہ احمرادی سے منفرق کرنا پڑتا ہے، اور جب وہ احمراری زراقی والی لڑکیوں کی ٹانگوں پر ہوں تو تصلبی احمرار سے

اور یہ تمام حالتیں انکے ہمراہ موجود ہوسکتی ہیں، کیونکہ وہ خصرتی دوران خون رکھنے والے اشخاص میں پائی جاتی ہیں۔

علاج - مریض کی عام صحت کی حالت، اور زندگی کی طرز پر غور کرنا چاہیئے۔ ایک کافی ووافی غذا جسمیں دودھ، انڈے اور مکھن کثرت سے ہوں، اگر اچھی طرح برداشت ہوجائے، تو تجویز کردینی چاہیئے، اور موسم سرما میں اسکی تکمیل کاڈلیور آئیل (codliver oil) یا کسی ایک محفوظ الحقوق حیاتینی مرکز (vitamine-concentrate) کے ذریعہ کرنی چاہیئے۔ درقیہ کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں بلاشبہ مفید ہوتی ہیں، انکے ساتھ سالم نخامی غدہ کی بڑی خوراکیں ممزوج کیجاسکتی ہیں لیکن پشوٹرین (pituitrin) کے 900
دروں عضلی انثرابات دینا مرجح ہے۔ بے قاعدہ یا قلیل حیض والی عورتوں میں فعال بیضی خلاصہ جات دینے کی ضرورت ہے۔ کیلسیم کے نمکیات بعض اصابتوں میں تقریباً تیر بہدف معلوم ہوتے ہیں، لیکن دوسری اصابتوں میں مایوس کن ثابت ہوتے ہیں کیلسیم لیکٹیٹ ۱۵-۳۰ گرین دن میں ۳ مرتبہ، سر کیلسائی لیکٹو فاسفیٹ بی پی (syr. calcii lactophospat. B. P.) یا کوئی ایک محفوظ الحقوق تجہیز آزمانی چاہیئے۔ زوردار سیدائی ورزش اور سادہ جمناسٹکز کی ہدایت کردینی چاہیئے، اور گرم دستانے اور موزے پہننے چاہئیں۔ ماوراء بنفشئی روشنی کے مقامی اور عمومی اطلاقات کا نصاب، بسا اوقات نمایاں طور پر مفید ہوتا ہے۔ مقامی طور پر، گیلوانی غسل دوران خون میں موثر طور پر اصلاح کردیتے ہیں، اور روزانہ دس منٹ تک دینے چاہئیں۔ ہر شب ۱۵ منٹ تک متاثرہ حصول کو ہائڈروجن پروکسائیڈ (hydrogen proxide) (۱۵-۲۰ حجم) اور گرم پانی کے آمیزہ میں ڈبونے اور بعد ازاں ایک ہیّج تجہیز، مثلاً آیوڈیکس (iodex) یا میتھل سیلی سلیٹ مرہم (methyl-salicylate ointment) لگانے سے نہایت عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

کلاح (livedo) (جلد مرمریں = cutis marmorata)۔ یہ جلد نیا دورانی رکود کے اثر کی ایک دوسری مثال ہے۔ یہ خاص طور پر ٹانگوں کی باسط سطحوں پر، رانوں پر، اور بالائی بازوؤں اور بعض اوقات پہلوؤں پر دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک نیلے سے جال پر مشتمل ہے، جس میں معتدبہ جسامت کے تشبکات طبعی رنگ کے رقبہ جات کو محصور کرتے ہیں،

سردی میں تکثف ہے یہ زیادہ واضح ہوجاتا ہے - یہ خاص شُشریانی علاقہ جات کی توزیع پر منحصر ہوتا ہے، چنانچہ مرکزی شاحب رقبہ جات زیرا فتادہ شریانوں سے براہِ راست رسد حاصل کرتے ہیں، اور تشبکات نفتم کے مقامات سے متناظر ہوتے ہیں، جہاں خون کا بہاؤ قدرتی طور پر زیادہ سست ہوتا ہے - تشبکات میں عروق کا طناب بھی کم ہوجاتا ہے، اور وہ ایڈرینالین (adrenaline) اور ہسٹامائن (bistamine) کے لئے نسبتہً غیر مجیب ہوتے ہیں۔
کھسرا اور ثانوی آتشک کے ثورانات پہلے پہل ان تشبکات میں واقع ہوتے ہیں، اور یہی قول ان ثورانات پر بھی صادق آتا ہے جو کہ کوپیبا (copaiba) اور سالورسان (salvarsan) کے باعث ہوتے ہیں، اور بعض اوقات سیادہ حزاز (lichen planus) اور صدفیہ نما (parapsoriasis) کے ثورانات پر۔

احمرار آتشی (erythema ab igne) (آگ کی چھائیاں (ephelis ab igne، مرمریں ملوّن جلد (cutis marmorata pigmentosa)

- یہ حالت جلد کو حرارت میں کثرت سے متکشف کرنے سے پیدا ہوتی ہے، اور زیادہ عام طور پر ٹانگوں کے سامنے کے حصوں پر ان لوگوں میں دیکھی جاتی ہے جو ہر وقت آگ کے سامنے بیٹھے رہتے ہیں، اور بھٹی جھونکنے والوں (stokers) اور باورچیوں میں۔ یہ شکم پر یا دوسری جگہ گرم پانی کی بوتلوں سے بھی ہوجاتی ہے۔ بدرنگی، کلاح کے تشبکات سے متناظر ہوتی ہے، اور اس کا رنگ ہلکے بھورے سے لیکر گہرے سرخی مائل ارغوانی تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ جزوی طور پر اس کا سبب، حاشیتی رقبہ جات میں اوپری عروق کا اتساع ہے، جہاں جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے دورانِ خون زیادہ سست اور عروق کا طناب کم ہوتا ہے، اور جزوی طور پر برافتادہ بر آدمہ کی قاعدی تہ میں میلانین (melanin) کا کثیر المقدار جماؤ۔ خردبین کے نیچے بالائی اُدمہ میں عروق دموی کے گرد التہابی خلیات کی دررزش پائی جاتی ہے۔ گا ہے یہ نشانات واضح طور پر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں، جسکی وجہ شاید عرقی دیواروں کی دبازت ہے (Perry)۔

احمراری نرراقِ ساق دوشیزہ (erythrocyanosis crurum puellaris)

- یہ حالت جس سے حالیہ سالوں میں اونچے لہنگوں (short skirts) اور پتلے موزوں کے رواج کے باعث ہم بہت روشناس ہوگئے ہیں،

جوارحی زراق کی قسم ہے جو کہ لڑکیوں اور نوجوان عورتوں میں پائی جاتی ہے۔ یہ ٹانگ کے سب سے زیرین ثلث پر، خاص طور پر عقبی بیرونی سطح پر دیکھی جاتی ہے۔ متاثرہ حصہ متورم، چھونے پر ٹھنڈا، اور رنگت میں نیلا سا سرخ یا تاریک ارغوانی ہوتا ہے۔ سطح پر متسع وریدکوں کا نقشہ دیکھا جا سکتا ہے۔ بالعموم مریضائیں فربہ اور بلغمی ہوتی ہیں، جنکی بڑی بڑی ہڈیاں، موٹے ٹخنے، اور خصرتی دوران خون ہوتا ہے۔ اکثر اوقات یہ سرگذشت ملتی ہے کہ بلوغ پر انکا سرعت سے نشو و نما ہوا ہے اور وہ غیر طبعی طور پر فربہ اور بھاری بھرکم ہو گئی ہیں، غالباً اُس زمانے میں غدہ نخامیہ کے مقدمی حصہ کی بیش فعالیت کی وجہ سے۔ ٹانگیں بحیثیت مجموعی بڑی اور زیر جلدی شحم کے جماؤ کی وجہ سے بدشکل ہوتی ہیں، اور ایک متمیز خصوصیت، قرنیت شعری (keratosis pilaris) کی، اور ہر جراب کے گرد ایک نیلے سے ہالہ کی موجودگی ہوتی ہے۔ مریضات ٹانگوں کے دُکھنے کی شکایت کرتی ہیں، اور موسم سرما میں اعظم دورانی رکود کے مقام پر بڑی جسامت کی دردناک خصرتیں بنجاتی ہیں۔ انکو غلطی سے احمرار تصلبی (erythema-induratum) کی گرہکیں سمجھا جا سکتا ہے، کیونکہ ٹانگوں کے احمراری زراق والی اسی قسم کی لڑکیاں ہیں کہ جنھیں جب فعال تدرنی ماسکہ موجود ہو تو یہ ان پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ تاہم خصرتوں کی بہ نسبت یہ گرہکیں چھونے پر زیادہ سخت، زیادہ گہری اور زیادہ واضح الحدود ہوتی ہیں۔

901 **بحث اسباب**۔ یہ حالت تقریباً خالصۃً بیان کردہ قسم کی نوجوان لڑکیوں اور عورتوں میں واقع ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے گاہے دُبلے پتلے موضوعوں میں واقع ہو۔ یہ امر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ دروں افرازی فتورِ اخلاط، جو ممکن ہے موروثی ہو، اوّلی عامل ہے۔ جیسا کہ خصرتوں میں ہوتا ہے، موخر نخامی ہارمون کی قلت خاص اہمیت رکھتی ہے، لیکن درقی اور مبیضی عدم کفایت بھی تسبیب میں کچھ حصہ لیتی ہے۔ عدم الطمث یا بے قاعدہ اور قلیل حیض بھی اکثر موجود ہوتے ہیں، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ٹانگوں کا سردی میں منکشف رہنا، بلاشبہ، خاص معاون عامل ہے۔

علاج۔ عام داعیات وہی ہیں جو کہ خصرتوں کے لئے دئے گئے ہیں۔

گرم اونی لمبے موزے، اور ٹخنہ بند (anklets) پہننے چاہئیں، اور اگرچہ زوردار ورزش مفید ہے، مریضہ کو طویل عرصوں تک کھڑے رہنے سے اجتناب کرنا چاہئیے۔

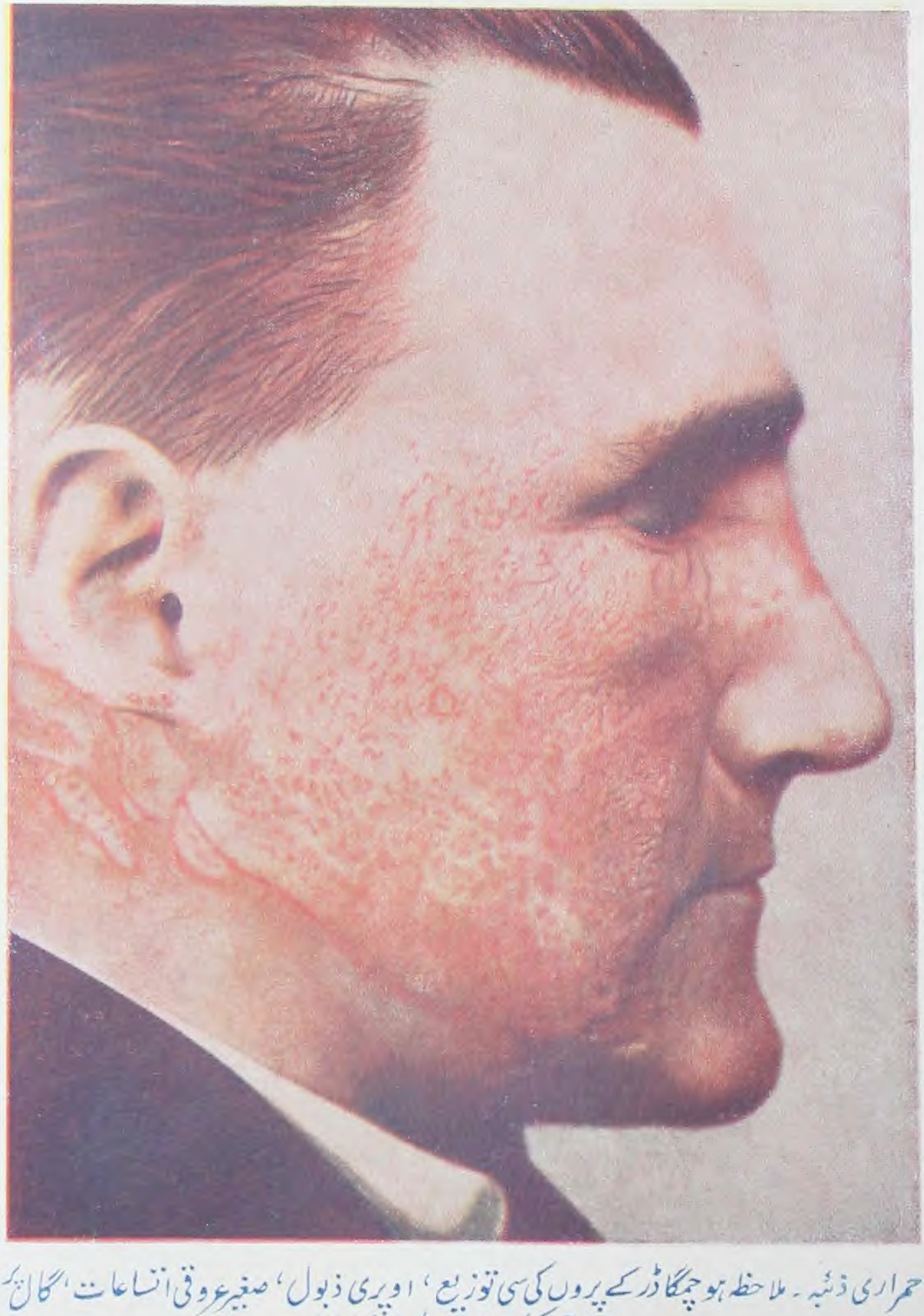
احمراری ذئبہ

(lupus erythematosus)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰)

یہ مرض زیادہ تر بالغوں میں، خاصکر بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمروں میں ہوتا ہے، بچوں میں نہایت شاذ ہے، اور مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے۔ اسکی تشخیص جلد اور ابتدا ہی میں ہونا بہت ضروری ہے، کیونکہ یہ بالخصوص چہرے پر ہوا کرتا ہے، اور چونکہ اس کے اضرار سے اکثر انداب پیدا ہوجاتا ہے لہذا ممکن ہے کہ اس سے مستقل بدشکلی پیدا ہوجائے۔ اس ثوران کی مختلف قسمیں شناخت کی گئی ہیں، اگرچہ یہ سب ایک ہی مریض میں ایک ساتھ موجود ہو سکتی ہیں۔ مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض ایک سرخ، مشرب، تقشری چکتی کے طور پر شروع ہوتا ہے، جسکے کنارے واضح الحدود، بے قاعدہ اور کسیقدر ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اگر اسکے چھلکے کا ایک ٹکڑا نکال لیا جائے تو اسکی زیریں سطح سے اکثر چھوٹی چھوٹی قرنی ڈاٹیں ابھرتی ہوئی نظر آئینگی۔ یہ بر جلد کے شبیبوں میں فٹ بیٹھ جاتی ہیں، جو چھلکا نکال دینے کے بعد چکتی کی معرّا سطح پر چھوٹے چھوٹے گڑھوں کی طرح پہچانے جاتے ہیں۔ عموماً متّسع وریدکیں نظر آتی ہیں، اور ایک قسم میں تو صغیر عروقی اتساعات نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ جیسے جیسے مرض محیطاً پھیلتا جاتا ہے مرکز میں اکثر حکش واقع ہوتا جاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد ایک مرکزی منخفض، شاحب ندبہ پیدا ہوجاتا ہے، جسکا کنارا اٹھا ہوا، سرخ اور چھلکے دار ہوتا ہے۔ ندبہ بننے سے پہلے تقرح نہیں ہوتا۔ یہ اصابتیں ہمیشہ تو نہیں لیکن اکثر ورنی مبداء کی ہوتی ہیں۔ ایک دوسری قسم میں، جو عموماً تبقی تسمی سرایت کے باعث ہوتی ہے، چھلکا نہیں بنتا، بلکہ مرض، احمرار کی ابھری ہوئی اُذیمائی چکتیوں کی شکل میں نمودار ہوتا ہے، جو کثیر الاشکال احمرار کی چکتیوں سے قریبی

صحفہ (۶۰)



احمراری ذئبہ ۔ ملاحظہ ہو چمگادڑ کے پروں کی سی توزیع ، اوپری ذبول ، صغیر عروقی انساعات ، گال پر منضم چھلکے ، اور صیبوان الاذن کا انداب ۔

مقابل صفحہ 901

مشابہت رکھتی ہیں، اور فی الحقیقت اکثر اُن سے ناقابلِ تمیز ہوتی ہیں۔ اس احمراری قسم میں انداب نہایت خفیف ہوتا ہے اور ممکن ہے بالکل غیر موجود ہو، اور اس احمرار کی چکتیاں بالآخر کوئی نشان باقی چھوڑے بغیر غائب ہو جاتی ہیں۔ اگرچہ یہ ثوران عموماً محدود وسعت کا ہوتا ہے، تاہم ممکن ہے کہ یہ ابتداء ہی سے ایک حاد عمومی شکل میں واقع ہو، یا زیادہ عام طور پر یہ ہو کہ کچھ عرصہ تک چند مزمن چکتیاں موجود رہنے کے بعد حاد عمومی چکتیاں بنجائیں۔ حاد قسم میں تازہ چکتیاں یا تو کثیرالاشکال احمرار کی چکتیوں سے مشابہ ہو سکتی ہیں، یا ممکن ہے کہ وہ غلطی سے ایکزیما سمجھ لی جائیں، اگرچہ حقیقی آبلہ خیزی شاید ہی دیکھی جاتی ہے۔

توزیع۔ تشخیصی نقطۂ نظر سے یہ بہت اہم ہے۔ عام ترین محلّ وقوع وجنی فراز، ناک، کان، جلدالراس، ہاتھوں اور اُنگلیوں کی پشت، اور لبوں کے شنگرفی کنارے ہیں۔ توزیع متشاکل ہونے کا رجحان رکھتی ہے، اور اکثر اس کی چکتیاں دونوں گالوں پر اور ناک کے وار پار ہوتی ہیں، جس سے ایک تیتری یا چمگادڑ کے خاکے سے مشابہت ہوتی ہے، اور یہ ایک نہایت ممیز خاصّہ ہوتا ہے۔ شاذ صورتوں میں چہرہ ماؤف ہونے سے پہلے یہ مرض جلدالراس پر یا انگلیوں پر شروع ہو سکتا ہے۔ جلدالراس پر شعری جرابات کا ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور مستقل صلعہ کی چکتیاں پیدا ہو جاتی ہیں، جن کے بیچ سے اکثر صغیر عروقی اتّساعات گزرتے ہیں۔ کان کناروں کے برابر ماؤف ہو جاتے ہیں، اور یہ کنارے متآکل، بے قاعدہ خاکے کے، اور سکڑے ہوئے ہوتے ہیں، اور اُذین کی اندرونی سطح بھی ماؤف ہو جاتی ہے۔ منہ، ناک اور ملتحمہ کی مخاطی اغشیہ پر بھی حملہ ہو سکتا ہے، لیکن باستثناء لبوں کے یہ اکثر بچے رہتے ہیں۔

موضوعی علامات خفیف ہو سکتے ہیں، لیکن چکتیوں میں اکثر بہت خراش ہوتی ہے، اور بہت سے مریض شدید جلن کی شکایت کرتے ہیں، بالخصوص کھانے کے بعد، اور دھوپ یا تیز ہوا میں کھلا رہنے پر۔ یہ مرض بعض اوقات مختلف شدت کے رثیانیہ آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ حاد عمومی قسم میں تپ ہوتی ہے، جو بعض اوقات عفونۃ الدمی قسم

کی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومین بولیت بھی ہو - ایسی اصابتوں کا انجام مہلک ہوتا ہے -

بحث اسباب - جیسا کہ متذکرہ بالا بیان سے ظاہر ہوگا، یہ ثوران اُن 902
مقامات کو ماؤف کرنیکا رجحان رکھتا ہے جنہیں دورانی رکود واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، یعنے ہاتھ اور پاؤں کی اُنگلیوں، ہاتھوں کی پشت، کانوں کو، اور چہرے کے ردیتی یا تیتری نما رقبہ (''butterfly'' area) کو، اور اُن اشخاص میں جنہیں نمایاں اطرافی اختناق ہوتا ہے، پاؤں، اور کان خاص طور پر یا تنہا ماؤف ہوسکتے ہیں، اور انمیں جنہیں ماسبق وردیہ موجود ہو "تیتری نما" رقبہ انتخابی مقام ہونے کا رجحان رکھتا ہے - لیکن بعض اوقات وردیہ اور "خصری دورانِ خون" (''chilblain-circulation'') ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں - ایسی حالت میں ایک ہی مریض میں متذکرہ بالا تمام مقامات کا ماؤف ہوجانا ممکن ہے - چونکہ یہ ثوران دوران کرنے والے سموم سے (بلکہ حقیقی جراثیم دمویت سے) پیدا ہوجاتا ہے اور دراصل مزمن ہوتا ہے، لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ اضرار پیدا کرنے والا التہابی ردِّ عمل زیادہ تر وہیں ہونیکا رجحان رکھتا ہے جہاں عروقی رکود موجود ہے - مزید برآں، جلد کے بعض رقبے سمیات سے صریحاً حساس شدہ بنجاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ثوران کے عارضی طور پر غائب ہوجانے کے بعد تسمم الدم مکرر واقع ہوتا ہے تو توالی اُنھیں مقامات پر واقع ہوسکتی ہے جو پہلے ماؤف تھے - مرض پیدا کرنے والے سموم یا خرد عضویوں کی نوعیت کے متعلق آجکل دو رائیں غلبہ رکھتی ہیں :- ایک، جو یورپ کے برّ اعظم میں سب سے زیادہ مقبول ہے، یہ ہے کہ یہ مرض ایک دَرنی جلدی ثوران (tuberculide) ہے - دوسری رائے یہ ہے کہ یہ مزمن یا حاد نبقی سبحی سرایت کا مظہر ہے - بہت سے ماہرین اب اس رائے کی طرف مائل ہیں کہ احمرار کی دوسری قسموں کی طرح یہ بھی کوئی نوعی ذات نہیں ہے، بلکہ مختلف اصابتوں میں دَرنی اور نبقی سبحی دونوں (اور ممکن ہے اور دوسری) سرایتیں کارفرما ہوکر سببِ مرض ہوسکتی ہیں -

بعض اصابتوں میں اِسکے دَرنی مبداء کی تائید میں حسب ذیل امور بیان کئے جاسکتے ہیں :- یہ اُن اشخاص میں واقع ہوتا ہے جنہیں تدرّن کی قوی خاندانی

سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ یہ غدد، ہڈیوں، مفاصل، پھیپھڑوں، وغیرہ کی صریح درنی سرایت کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ اور ماؤف بافت کی تطعیم سے گینی پگوں کو تدرن زدہ بنانے کا دعوےٰ کیا گیا ہے (35)۔ اسکے برعکس یہ واقعہ ہے کہ اِس مرض کی بعض مہلک اصابتوں میں تدرن کا کوئی نشان بھی نہیں پایا گیا۔ اِس امر کی واثق شہادت پیش کی گئی ہے کہ بعض اصابتوں میں حاد یا مزمن نبقی سبحی سرایت ہی اسکا سبب ہوتی ہے (36)۔ اِسکے اوّلی منبعے دانت، اَنفی جوف، اور غالباً غدہ قدامیہ (prostrate) اور نسوانی تناسلی اعضاء ہو سکتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں نبقۂ سبحیہ طویل (streptococcus longus) کے ساتھ ایک ثانوی اور مواظب معائی سرایت موجود ہوتی ہے، اور شاذ صورتوں میں یہ عضویہ برازمیں سے تقریباً خالص کاشت میں پھر حاصل کیا جا سکتا ہے۔ مہلک اصابتوں میں دورانِ زندگی میں خون کے اندر سے ایک نبقۂ سبحیہ طویل حاصل کیا گیا ہے۔ یہ یقینی ہے کہ جن مہلک اصابتوں کا اندراج کیا گیا ہے وہ سریری لحاظ سے عام تدرن کی نسبت نبقی سبحی عفونت الدم (streptococcal septicæmia) سے زیادہ مشابہ تھیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ، جیسا کہ مزمن تدرن میں ہوتا ہے، مزمن نبقی سبحی سرایت کی اصابتوں میں عموماً اوّلی اور ثانوی دونوں طرح کے ماسکے موجود ہوتے ہیں اور سرایت کے صریح اور ممکن الحصول منبعوں کا خارج کر دینا شفا بخشی کے لیئے کافی ہونا ضروری نہیں، کیونکہ لمفی غدد، امعاء اور دوسرے مقامات میں سرایت کے ذیلی ماسکے موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ مندرجۂ ذیل اصابتوں پر احمراری ذئبہ کا غلط گمان ہو سکتا ہے:۔ وردیہ (rosacea)، کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) اور خصرتی احمرار (erythema pernis)، اکزیما (eczema)، صدفیہ (psoriasis)، اور معمولی ذئبہ (lupus vulgaris)۔ مرض کی توزیع، اُسکی مواظبت، مقامی علاج کی مدافعت، اور اوپری اندمال (superficial scarring) کا رجحان، یہی وہ ممیز خصائص ہیں جن پر تشخیص کا انحصار ہوتا ہے۔ معمولی ذئبہ سے تمیز کرنے کے لیئے خاص تفریقی امور یہی ہیں کہ احمراری ذئبہ بچپن میں نہایت

شاذ صورتوں میں شروع ہوتا ہے، وہ عموماً دونوں جانب متشاکل ہوتا ہے، اُس میں تقرّح کبھی نہیں ہوتا، اور وہ کُرّی کو کبھی تلف نہیں کرتا، وہ اکثر اوقات جلدالراس کو ماؤف کرتا ہے، اُسکا اندباب اوپری ہوتا ہے، وہ ٹیوبرکیولین کے اشرابات کا ردِّ عمل محض شاذ صورتوں میں ظاہر کرتا ہے، اور اِس میں ممیز سیب کی جیلی جیسی گرہیں (apple-jelly nodules) غیر موجود ہوتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ ادمہ میں لمفی خلیات اور چھوٹے اتصالی بافت کے خلیات، اور گاہے پلازمائی خلیات اور کثیرالاشکال نواتی خلیات کی ایک منتشر لیکن گرد عروقی دررزش پائی جاتی ہے۔ کمتر جرابوں کے قریب آکل خلوی قسم کے عفریتی خلیات مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ حلیموں کا اُذیما اور لمفی عروق کا اتساع دیکھا گیا ہے۔ بعض دموی عروق متسع، اور دوسرے مطموس ہوتے ہیں، اور چھوٹے چھوٹے نزفات دیکھے جا سکتے ہیں۔ بر ادمہ میں شبکیہ مبلغیائی ندبول ہوتا ہے، اور وہ ممکن ہے گھٹکر خلیات کی صرف چند صفیں باقی رہ جائیں، اور طبقہ ذراتی بعض نقطوں پر مفقود ہوتا ہی۔ اسکے برعکس طبقہ قرنی دبیز ہوتا ہے، اور قرنی ڈاٹیں جرابوں اور عرقی تعاقوں کے فتحات کو بھرتی ہیں۔ ذبول، اتصالی بافت اور لچکدار ریشوں کے غائب ہو جانے کا نتیجہ ہوتا 903
ہے۔ بال گر جاتے ہیں، اور غدد، جو کہ پہلے پہل متسع ہوتے ہیں، آخرکار تلف ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ حال ہی میں چند سال سے اِس مزمن اور بد شکلی پیدا کرنیوالے مرض کا علاج سونے کے مرکبات، مثلاً سانوکرائسین (sanocrysin) کرائی سلگان (krysolgan)، سول گنال (solganal)، اور مماثل تجہیزات کے رواج کے بعد سے نسبتہً بہت زیادہ تشفی بخش ہو گیا ہے۔ اِن اصابتوں کی اکثریت میں نتائج اچھے ہوتے ہیں، لیکن بعض صورتوں میں یہ نتائج مایوس کن ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ وہ اصابتیں جنمیں یہ نوران درنی الاصل نظر آتا ہے، بہ نسبت اُن اصابتوں کے جو بظاہر نیفی سبحی سرایت کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں، علاج کی مجیبیت زیادہ سرعت کے ساتھ ظاہر کرتی ہیں۔ سونے کے اِن مرکبات کی مقدار کا انحصار اُس تجہیز پر ہوتا ہے جو استعمال کی جائے، نیز انفرادی مریض کی قوتِ برداشت پر۔

کبھی کبھی سمّی علامات، مثلاً تپ، عام کسلمندی، حکّہ (pruritis)، اور ایک عمومی احمراری یا حزازہ نما (lichenoid) طفح، جو غذی غشائے مخاطی کو ماؤف کر دیتا ہے، پیدا ہو سکتی ہیں اسیطرح جسطرح کہ فلزاتی تسمم کی دوسری شکلوں میں۔ ایسی سمّی علامات کے وقوع کا انحصار غالباً کبدی وظیفہ کے فشل پر ہوتا ہے، اور ان علامات کے پیدا ہونیکا زیادہ امکان الکحلیوں (alcoholics) میں ہوتا ہے یا دوسرے ایسے اشخاص میں جنمیں صریح کبدی عدم کفایت موجود ہو۔ ان ذہبی مرکبات کے ہر اشراب سے پہلے اگر دو یا تین دن تک روزانہ ۲ تا ۳ اونس گلوکوز (glucose) منقسم معتادوں میں استعمال کی جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ اسکا ایک حفظ ماتقدمی اثر ہوتا ہے، اور کیلسیم گلوکونیٹ کی پوری خوراکوں کی بھی سفارش کی گئی ہے۔ بعض اصابتوں میں بزمنتھ کی تجہیزات کے اشرابات، سونے کے اشرابات کی نسبت زیادہ موثر معلوم ہوتے ہیں، اور حال میں اینٹی لیپرال (antilepral) کے دروں وریدی اور دروں عضلی اشرابات کامیابی کے ساتھ استعمال کئے گئے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ ابتک دوسری جتنی چیزیں آزمائی گئی ہیں ان سب کی نسبت آیوڈین کی بڑھتی ہوئی معتادوں کے داخلی استعمال سے بہت زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ اسے مصفیٰ روح شراب (rectified spirit) کے اندر ۱۰ فیصدی محلول کی صورت میں دینا چاہیئے، اور آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم (iodide of potassium) کے ساتھ تہائیں ممزوج کرنا چاہیئے۔ ابتدائً اس محلول کے روزانہ ۵ قطرے دودھ میں لینا چاہیئے، اور پھر اس معتاد کو بتدریج بڑھا کر منقسم معتادوں میں روزانہ ۴۰ قطروں تک کر دینا چاہیئے، بشرطیکہ اس مقدار کی بخوبی برداشت ہو سکے۔ اسکی نسبت بہت زیادہ معتادیں بلا کسی خراب اثر کے دی گئی ہیں، لیکن عدم برداشت کی مثالیں بھی ملتی ہیں۔ کاڈلیور آئل (cod-liver oil) اکثر بہت نفع بخش ہوتا ہے، لیکن اس سے ہاضمہ میں خلل پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اسکے بجائے کوئی ایک محفوظ الحقوق حیاتینی مرکب لیا جا سکتا ہے، اور مریض کو کثرت سے دودھ اور کیلسیم سے بھری ہوئی دیگر غذائیں دینی چاہئیں۔ بعض اوقات، بالخصوص زیادہ حاد اصابتوں میں، کونین اور سالیسین (salicin) مفید ہوتی ہے۔ جب ثوران کا انحصار

مزمن نبقی سبحی سرایت پر معلوم ہو، تو ممکن الحصول سرایت رساں ماسکوں کو تلاش کر کے اُنکا تدارک کرنا چاہیئے، اور ایسی صورت میں ازاں بعد ایک خودزاد نبقی سبحی جُدرین کو عرصہ دراز تک مناسب مقدار میں استعمال کرنے سے معیّن فائدہ معلوم ہوتا ہے ۔ شدید اصابتوں میں طویل عرصہ تک بستر میں آرام و سکون لینے کے لئے مُصر ہونا چاہیئے، اور یہ مکان سے باہر ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے ۔ بعض اصابتوں میں محتاط شمسی علاج (heliotherapy) یا مصنوعی روشنی کے غسلوں (artificial light baths) سے حیرتناک فائدہ ہوتا ہے، لیکن ابتداءً اصلی ثوران کو شعاعوں سے محفوظ رکھنا قرین مصلحت ہے ۔ کیونکہ ممکن ہے کہ تاوقتیکہ انکی برداشت نہ حاصل ہوجائے، ان سے ثوران میں زیادتی ہوجائے اور وہ حاد ہوجائے ۔

مقامی طور پر ۔ حاد اور بیش دمویتی اصابتوں میں مبرّد غسولات، مثلاً کلامائین (calamine) اور رصاص (lead) کے غسولات، لگانے چاہئیں ۔ زیادہ مزمن اصابتوں میں، جنمیں زیادہ دربزش نہو، بعض اوقات خم ناپذیر کلوڈیئن (non-flexible collodion) کا مسلسل افادہ، جسمیں دو فیصدی سیلی سلک ایسڈ شامل کیا جاسکتا ہے، نفع بخش ہوسکتا ہے، بلکہ ممکن ہے کہ اس سے چکتیاں غائب ہوجائیں ثابت قسم کی مزمن چکتیوں کا علاج زیادہ سرگرمی کے ساتھ کرنا چاہیئے ۔ چھلکوں کو نرم صابن اور اسپرٹ سے یا سیلی سلک ایسڈ کے پلستر کے ذریعہ نکالدینا چاہیئے، اور پھر چکتیوں پر ٹنچر آف آیوڈین کی پُھریری لگائی جاسکتی ہے، اور اسی کے ساتھ کونین کا داخلی استعمال بھی کیا جاسکتا ہے (Hollander) ۔ یا ایک کانچ کی ڈنڈی کو ٹیکٹک ایسڈ کے ۹ حصوں اور کاربولک ایسڈ کے ایک حصّہ کے آمیزہ میں ڈبو کر چکتیوں کو اس سے ہفتہ میں ایک بار مَل سکتے ہیں ۔ کاربن ڈائی آکسائڈ کی ٹھوس برف (carbon dioxide snow) کو پندرہ ثانیوں تک معتدل دباؤ کے ساتھ بار بار لگانے سے گو ممکن ہے کہ شدید تعامل پیدا ہوجائے، مگر ممکن ہے کہ اس سے مزمن چکتیاں غائب ہوجائیں ۔ زنک (zinc) یا کاپر سلفیٹ (copper sulphate) کے ذریعہ رواں رسانی (ionisation)، تشریط (scarification)، بلکہ کیّ (cauterisation) سے کام لیا گیا ہے مگر انکے نتائج مختلف ہوتے ہیں ۔ لاشعاعوں (X-rays) اور فِنسن لائٹ

(Finsen light) کے استعمال سے فائدے کی نسبت نقصان ہونیکا زیادہ احتمال ہے یاد رکھنا چاہئیے کہ مقامی علاج گو بہت نفع بخش ہوتا ہے مگر اس سے توالی کی روک تھام نہیں ہوتی۔ اسی وجہ سے اس بنیادی سرایت کے مقام کا پتہ لگانے کی ممکنہ کوشش کرنی چاہئے جو مرض کا اصلی سبب ہے۔

904

وردیہ
(rosacea)

(وردیتی تفطیر — gutta rosea—acne rosacea)

اس مرض کے ابتدائی ترین درجے میں چہرے کا نوبتی تورّد ہوتا ہے جو عموماً کھانا کھانے کے بعد یا گرمی اور سردی میں منکشف ہونے پر پیدا ہو جاتا ہے۔ ابتدائی بیش دمویت ناک اور وجنی خطوں کو ماؤف کرتی ہے لیکن بعد میں وہ پیشانی کے مرکز اور ٹھوڑی تک پھیل جاتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد یہ تورّد مستقل ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے اگرچہ وہ اپنی شدت میں مختلف اوقات میں مختلف ہوتا ہے اور بالآخر صغیر عروقی اتساعات نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ ان اشخاص میں جنکا محیطی دوران خون ضعیف ہوتا ہے خاص طور پر کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ بیشتر اصابتوں میں اس تورّد کے ساتھ سیلان الدہن اور بعض اوقات تعرّق موجود ہوتا ہے اور شعری دہنی جرابوں کے گرد ثانوی التہاب پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے جسکی وجہ سے بالآخر قائحات اور بثور بنجاتے ہیں اور ان سے بڑی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً ان التہابی اضرار کے تازہ حملے ہوتے رہتے ہیں اور عورتوں میں یہ ایام حیض سے عین پہلے نہایت کثیر التعداد ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں غیر منہضم غذا یا شراب کے استعمال سے ہمیشہ انکا تازہ حملہ ہو سکتا ہے۔ اگرچہ عموماً یہ مرض ناک اور گالوں پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے تاہم ممکن ہے کہ یہ ٹھوڑی کو خاص طور پر ماؤف کردے بالخصوص عورتوں میں۔ ایسے مریضوں میں اس مقام پر عسیر الاندمال سرخ بثور اور قائحات کی فصلیں مسلسل نمودار ہوتی رہتی ہیں۔ کہتے ہیں یہ قسم مبیضی یا رحمی عوارض کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اس مرض کی ایک دوسری قسم میں جلد چربیلی ہونے

کے بجائے خشک ہوتی ہے، اور اوپری سرخ، چھلکے دار جلکیاں جنکے ساتھ چھوٹے چھوٹے قائحات مخلوط ہوتے ہیں، بیش دمویتی رقبوں پر نمودار ہو جاتی ہیں۔ کہبت جگر کی بعض اصابتوں میں، شدید وردیہ جسکے ساتھ شدید ثانوی تنفقی علبی سرایت ہو، نہ صرف "رقبۂ نورد"، کو، بلکہ گالوں کے پچھلے حصوں اور پیشانی حتیٰ کہ کانوں اور زیر فکی خطوں کو بھی ماؤف کرتا ہے۔ کہبت والی نوجوان لڑکیوں میں راقم الحروف نے اس قسم کی دو اصابتیں دیکھی ہیں۔

وردیہ کی کہنہ اصابتوں میں اس مرضی حالت کے پیدا ہوجانے کا امکان ہے، جیسے عقدۃ الانف (rhinophyma) کہتے ہیں۔ یہ نہایت عام طور پر ان الکحلی عادتوں والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہے جو اپنے پیشہ کی وجہ سے سرد ہواؤں میں کھلے رہتے ہیں۔ اسمیں ناک بڑے بڑے لختکدار یا معلق بروزات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے جنکو گہرے فجوات جدا کرتے ہیں۔ انکا رنگ گہرا بنفشئی ہوتا ہے، بڑی بڑی متسع وریدیں انکی سطح پر سے گزرتی ہیں، اور بیش پرورده دُہنی غدد کی متسع جرابات ان سطحوں کو گڑھے دار بنا دیتی ہیں۔

وردیہ کے مریضوں کے سوءِ ہضم کی علامات کا انحصار بعض اوقات مزمن التہابِ معدہ (chronic gastritis) پر ہوتا ہے جسکے ساتھ کم نمک ترشگی ہو۔ ایسے مریضوں میں کھانے کے بعد پُری کا احساس، ریحیت، اور بعض اوقات سوزشِ سینہ (heart-burn) اور متلی کا احساس ہوتا ہے۔ اکثر اشتہا ضعیف ہوتی ہے، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے۔ اس کے برعکس سوءِ ہضم کے موضوعی علامات ممکن ہے مفقود ہوں۔

وردیہ کی ایک اہم پیچیدگی، عینی اضرار کا وقوع ہے، جو کہ تقریباً ۱۵ فیصدی اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ تاہم مزمن التہابِ الجفن (chronic blephritis) جو کہ سیلان الدہنی مریضوں میں اسقدر عام ہے، زیادہ کثرت سے دیکھا جاتا ہے۔

عینی اضرار کی جماعت بندی حسب ذیل کیجا سکتی ہے:۔

(۱) ملتحمی عروق کا سادہ اتساع، یعنی ملتحمات، چہرے کے وردیئی رقبہ میں شامل ہو جاتے ہیں۔ (۲) نفطی التہاب ملتحمات۔ (۳) قرنیتی تقرح، جو کہ

نفیطات کے ٹوٹنے پھوٹنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (۴) منتشر قرنیت (diffuse keratosis)۔

آخر الذکر تین، بدیہی طور پر ایک ریم زا سرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں، جس کا مقابلہ اس سرایت سے کیا جا سکتا ہے جو کہ وردیتی رقبہ کی جلد پر واقع ہوتی ہے، لیکن دونوں کی شدت کے درمیان کوئی موازنات ہونا لازمی نہیں، اور گاہے آنکھ کے اضرار، وردیہ کے فعال ظاہر سے پہلے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ آخر الذکر کا کامیاب علاج عینی التہاب کو بھی موقوف کر دیتا ہے، تاہم قرنیتی تقرح ممکن ہے شدید اور دشوار علاج ہو، اور اسکے نتیجہ میں جو ندبات پیدا ہوتے ہیں وہ بصارت کو مستقل طور پر گھٹا سکتے ہیں۔

تشریح۔ ابتدائی درجوں میں محض اَدَمہ کی عروقِ شعریہ کا اتساع ہوتا ہے، بالخصوص شعری دُہنی جرابوں اور غددِ عرقیہ کے گرد، اور کسیقدر صغیر خلوی دررِیزش
905 ہوتی ہے۔ جرابوں کے گرد مزمن التہاب ہونے سے بثور بنجاتے ہیں۔ عقدۃ الانف (rhinophyma) میں دُہنی غدد کی بے انتہا بیش پرورش واقع ہوکر لیفی بافت کی نئی تکوین ہوجاتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ وردیہ ریعان میں نمودار ہو سکتا ہے، لیکن بالعموم تیسرے یا چوتھے عشرے میں شروع ہوتا ہے، اور آخری سالوں میں کم یا غائب ہوجاتا ہے۔ یہ مردوں کی بہ نسبت عورتوں میں کہیں زیادہ عام تر ہے، اور جب یہ رجحان موجود ہو تو بلاشبہ زمانۂ حیض اور اَیاس میں اسکا اشتداد ہوجاتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے بیش دمویت فعال ہے یا مجہول، اس فتور کی دو قسمیں شناخت کی جا سکتی ہیں اول الذکر حالت میں ماؤف رقبہ شوخ سرخ ہوتا ہے، اور بدہضمی، گرم مشروبات، حرارت میں تکشف، یا جذباتی اختلال تورّد میں شدت پیدا کر دیتے ہیں۔ آخر الذکر میں مجہول امتلاء ہوتا ہے، چنانچہ رنگت نیلی سی یا ارغوانی ہوتی ہے، اور سردی میں تکشف خاص متشدد عامل ہوتا ہے۔ مجہول قسم مزمن قلبی یا رئوی مرض والے اشخاص میں بھی ملتی ہے۔ تاہم دونوں اقسام میں، دورانی اختلالات عام ہوتے ہیں اسطرح کہ محیطی عرق حرکی طناب غیر مستحکم ہوتا ہے۔ جوارح اکثر ٹھنڈے، یا باری باری سے ٹھنڈے

اور گرم ہوتے ہیں، اور بہت سے مریض، خصوصاً عورتیں "مردہ انگلیوں" کا رجحان رکھتی ہیں، جیسی کہ رینا ڈ کے مرض (Raynaud's disease) میں دیکھی جاتی ہیں مجہول قسم میں "تفصرتی دورانِ خون" عام ہوتا ہے، اور وردیہ ممکن ہے محض اسی کا جزو ہو یعنی سردی میں منکشف ہو ناک اور وجنی خطوں کے اوپری عروق میں رکود ہو جائے تسبیبی نقطۂ نگاہ سے اس میں اور حقیقی وردیہ میں فرق ہے، اگرچہ ممکن ہے دونوں بیک وقت موجود ہوں۔

حالیہ مشاہدات (37) بتاتے ہیں کہ آخر الذکر میں وردیتی رقبہ کے معکوس تورّد کا معمولی سبب، معدے کی دیوار میں تنید گی کا بڑھ جانا ہے، جو ممکن ہے (ا) تخلیہ میں تاخیر (ب) کمزور حرکت دودی (ج) یا زیر تنیدگی، جس سے معدہ میں تمدد کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے (د) بیش سریع حرکت دودی (س) اور معدی تشنج کا نتیجہ ہو۔ لہذا ہر وہ چیز جو معدی تمدد پیدا کرے، مثلاً حجم دار، ناکافی طور پر چبائے ہوئے کھانے، چھنے ہوئے آٹے کی روٹی، اور سیال کی بڑی مقدار، یا جو طبعی حرکت دودی میں مداخلت کرے، تورّد کی تحریک کریگی۔ معاون عوامل، جو کبھی اہم ہیں مثلاً حیض، ایاس، مونث حوضی اعضا کے دردناک فتور، مزمن سرائتیں، اور نفسیاتی اختلالات، مثلاً تشویشی حالت (anxiety state) غالباً انکا اثر، معدی تنیدگی پر انکے فعل کے باعث ہوتا ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے (38) کہ طویل المدت تشویش معدہ کی زیر تنیدگی اور حرکت دودی کا امتناع واقع کر دیتی ہے، اور ایسی ہی حالت عورتوں میں زمانۂ ماقبل حیض میں واقع ہوتی ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ واضح التہابِ معدہ کس حد تک موجود ہوتا ہے۔ وردیہ کے مریضوں میں کسری امتحانی غذا کے نتائج پر بے شمار مشاہدات کئے گئے ہیں، اور یہ امر ثابت ہو چکا ہے کہ معدی ترشگی اور وردیتی رجحان کے درمیان کوئی تناسب نہیں ہے، کیونکہ ہائڈرو کلورک ایسڈ کا افراز مفقود، قلیل، طبعی یا وافر ہو سکتا ہے۔ اگرچہ ہائڈرو کلورک ایسڈ دینا اکثر اوقات نمایاں طور پر مفید ہوتا ہے، کم ترشگی اور ترشہ کے طبعی بلکہ وافر افراز کی حالتوں میں یہ مساوی طور پر ایسا ہو سکتا ہے۔ لہذا اسکا فعل غالباً معدی تنیدگی اور حرکت دودی پر اسکے اثر پر منحصر ہے۔ قلویات، جو کھانے سے پہلے دی جائیں،

اور کاسراتِ ریاح، بلاشبہ اسیطرح فعل کرتے ہیں ۔ مزمن انکحلیوں اور چائے نوشوں
میں وردیہ کی کثرت وقوع کچھ تو التہاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے، کچھ سیال کی بڑی
مقداروں سے پیدا شدہ زیرتنیدگی اور تمدد کی وجہ سے، اور کچھ الکحل اور گرم مشروبات
کے ذریعہ تورد کے اشتداد کی وجہ سے ۔

تشخیص ۔ وردیہ کو معمولی تفطیر (acne vulgaris) سے نصول
کی غیر موجودگی سے اور اس حقیقت کی وجہ سے تمیز کیا جاسکتا ہے کہ وہ نسبتہً زیادہ عمر
میں نمودار ہوتا ہے لیکن یہ دونوں مرض اکثر اوقات ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں ۔
احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) میں عموماً واضح الحدود چکتیاں موجود
ہوتی ہیں، جنکے کنارے ابھرے ہوئے اور چھلکے منضم ہوتے ہیں، اور اوپری انداب
پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے ۔ وردیئی درنی ثوران سے تفریق پر پہلے بحث کیجاچکی
ہے ۔ آتشکی ثورانات کے ساتھ خلط ملط واقع نہ ہونا چاہیئے ۔

علاج ۔ مریض کو بھاری کھانوں، سیال کی بڑی مقداریں لینے، اور تکان کی
حالت میں کھانے سے اجتناب کرنا چاہیئے ۔ میدے کی روٹی قطعاً ممنوع کردینی چاہیئے،
کیونکہ صائی ناسور والے ایک مریض میں یہ مظاہرہ کیا جاچکا ہے کہ جب خستہ سینکی
ہوئی روٹی کھائی گئی تو ناسور پر مائع مادہ کی صرف تھوڑی سی مقدار ظاہر ہوئی، لیکن
جب میدے کی روٹی لی گئی تو بڑے بڑے، گندھے ہوئے آٹے کے سے ڈلے نکلے ۔
دوسری نرم نشاستہ دار غذاؤں سے بھی اجتناب کرنا چاہیئے، مثلاً دودھ یا چربی کی
پڈنگ (milk or suet pudding)، بھاری کیک (cakes)، اور دلیے 906
(porridge) سے ۔ الکحل بہت کم لینی چاہیئے، یا بالکل نہیں لینی چاہیئے، اور تیز چائے
یا کافی اور دوسرے گرم مشروبات منع کردینے چاہئیں ۔ فمی، لوزی، یا انفی بلعومی عفونت
کی جستجو نہایت احتیاط کے ساتھ کرنی چاہیئے اور اگر ایسی عفونت موجود ہو تو اس کا
تدارک کرنا چاہیئے ۔ معدی رس کا امتحان وظیفی طریقے سے کرلینا ہمیشہ مناسب
ہے، اور بعض اصابتوں میں پورے غذائی خطے کے لاشعاعی امتحان کی ضرورت
ہوتی ہے ۔ بیشتر اصابتوں میں کھانے سے پہلے ایک قلوی آمیزہ [مثلاً بگیرید سوڈا بائی
کارب ۲۲ گرین، ٹنکچر ریہائی کو (Tinc. Rhei Co.) ۴۰ قطرے، ٹنکچر زنجبیرس

(Tinc. Zingiberis) ۳۰ قطرے، ایکوا کلوروفارم (aq. chloroform) تا بحد ایک اونس] دینے سے اور مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ کی پوری مقادیر (۳۰ تا ۴۰ قطرے) دن کے تین خاص کھانوں کے ساتھ یا اُنکے بعد دینے سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ دوسری دوائیں جو بعض اوقات مفید ہوتی ہیں، بسمتھ (bismuth) اور اکتھیال (ichthyol) ہیں۔ اِن دونوں کو خلوئے معدے کی حالت میں دینا چاہیئے۔ جذباتی بار اور غیر موافق ماحول کا امکانی اثر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے، اور مدبرانہ نفسیاتی معالجہ بعض اوقات نمایاں فائدہ دیتا ہے۔ بے قاعدہ حیض والی عورتوں میں، اور ایاس کے دوران میں، فعال بیضی خلاصہ جات کی ضرورت ہے۔ مقامی طور پر خاص داعیۂ علاج یہ ہے کہ سیلان الدہن اور اُس سے پیدا ہونے والی ثانوی سرایت کو روکا جائے۔ خفیف اصابتوں میں رات کے وقت ہلکا اکتھیال کا زبدہ یا لئی (weak icthyol cream or paste) اور دن میں غسول کلامائن (calamine lotion) لگانا چاہیئے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں رات کے وقت ایک ایسی لئی لگائی جائے، جسمیں گندھک (sulphur) سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) اور ریسارسن (resorcin) شامل ہو۔ اگر قانحیت زیادہ ہو تو لاسر کی لئی (Lassar's paste) مفید ہے، جسمیں ۲ فیصدی زرد آکسائڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) موجود ہوتا ہے۔ متسع وریدکوں کو برق پاشیدگی سے، یا کاربن ڈائی آکسائڈ اسنو (carbon dioxide snow) کے بار بار ہلکے انجماد کے ذریعہ تلف کیا جا سکتا ہے۔ خفیف درجہ کے عقدۃ الانف میں بیش پرورده بافت کو نشتر سے نکالدیا جائے تو بہترین تجمیلی نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ لاشعاعوں کی قلیل مقادیر بعض اوقات مفید ہوتی ہیں۔

شری

(URTICARIA)

قارمہ (nettlerash) (urtica بمعنی بچھوا) کے ثوران کے اصلی اضرار دودوڑے (pomphi بمعنی سلاقات) ہیں۔ یہ جلد کے سخت اور محدب اُبھار ہوتے ہیں،

جنکا رنگ گلابی، یا مرکز سپید ہوتا ہے، جہاں اُذیما شدید ترین ہوتا ہے، اور جو ایک سرخ ہالیزہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے جسے "ونک" ("flare") کہتے ہیں۔ یہ گول یا بیضوی یا خطی ہو سکتے ہیں، اور بعض اوقات چکردار شکلیں بنا دیتے ہیں۔ جسامت میں یہ چھوٹے چھوٹے واضح الحدود بثور (بثوری شری = urticaria papulata) سے لیکر بڑے بڑے وسیع الحدود رقعوں تک مختلف ہوتے ہیں بشاذ اصابتوں میں دَدوڑے کی سطح پر ایک آبلہ یا چھالا بن سکتا ہے (حبابی شری = U. bullosa)۔ دیو پیکر شری (giant urticaria) (عفریتی شری = U. gigans) میں ارتشاح تحت الجلد ہوتا ہے (وعائی عصبانی اذیما= angeioneurotic œdema)، اور مرغی کے انڈے کی جسامت کی یا زیادہ بڑی محدود گول گرہیں ہوتی ہیں، یا پپوٹوں، لبوں اور جوارح جیسے حصّوں کا منتشر ورم ہو سکتا ہے۔ معمولی شری اور دیو پیکر شری دونوں میں انفرادی اضرار سریع الزوال ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ چند منٹ سے لیکر چند گھنٹوں تک ہی قائم رہیں۔ اِس ثوران کے ساتھ شدید کھجلی ہوتی ہے، جسکی وجہ سے مریض کو کھر پنچے بغیر چین نہیں آتا اور اِسی طرح کھر پنچنے سے اور نئے دَدوڑے پیدا ہو جاتے ہیں (مصنوعی شری: U. factitia)۔

اِس مصنوعی شری اور جلد نگاری (dermographism) کے درمیان تفریق کرنی چاہئے۔ جیسا کہ بتلایا گیا ہے، اول الذکر، کسی شخص کی جلد کو کھر پنچنے یا رگڑنے سے پیدا ہو جاتی ہے، جبکہ وہ شری حالت میں ہو۔ اِسکے برعکس بعض اشخاص میں جو شری نہیں ہوتے، جلد کو آہستہ سے مسلنے ہی سے اِسیطرح کے دَدوڑے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اِس منظر کو جلد نگاری کہتے ہیں، اور اِسمیں اور حقیقی شری میں یہ فرق ہے کہ اِس کے ساتھ کھجلی نہیں ہوتی۔ لیکن جلد نگاری کا رجحان بھی ایک درجہ کا سوال ہے، اور طبعی اشخاص کے بہت بڑے تناسب میں بھی زور سے مسلنے پر کسیقدر دَدوڑے نمودار ہو جاتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ دَدوڑا خواہ وہ کسیطرح بھی پیدا ہو، ایک پیچیدہ تعامل ہے، جسے لیوس (39) نے "سہ گونہ جمیبیت" کے نام سے موسوم کیا ہے۔ وہ مندرجہ ذیل مظاہر پر مشتمل ہوتا ہے:۔ (الف) جلد کے دقیق عروق کا ایک اوّلی

اور مقامی اِتّساع' (ب) متصلہ شریانچوں کا ایک وسیع پھیلا ہوا اِتّساع' جس سے دمک
("flare") پیدا ہو جاتی ہے' اور جو تمامتر ایک مقامی عصبی منعکسہ سے پیدا ہوتا ہے'
اور (ج) مقامی طور پر' عروق کی دیواروں کی بڑھی ہوئی نفوذ پذیری' اور مصلی سیال
کا اِرتشاح جس میں وافر البیومین ہوتا ہے۔ کبھی کبھی توسیع عروق کے گرد گول خلیوں کی دریزش
ہوتی ہے۔ یہ پیچیدہ تعامل نہایت مختلف الاقسام مہیجات سے پیدا ہو سکتا ہے' مثلاً 907
میکانی' حراری' برقی' اور کیمیائی مہیجات سے' لیکن اغلب ہے کہ' خواہ سبب
محرک کچھ بھی ہو' ددوڑا جلد میں ہسٹامین (histamine) یا کسی ہسٹامین نما شے
کی رہائی کے سبب سے ہوتا ہے۔ اِس میں شبہ نہیں کہ جلد میں ہسٹامین کے ایک
محلول (مثلاً ۳۰۰۰ میں ایک) کے اِشراب سے تمثیلی ددوڑے تجربۃً پیدا کئے جا سکتے ہیں
شری یا جلد نگاری ددوڑے کو تضرر کا ایک غائی مقامی تعامل سمجھا جا سکتا
ہے یہ گونہ محجبیت کے ذریعہ جو اس ددوڑے کو بناتی ہے' متضرر رقبہ میں سیلانِ خون
اور لمفی رسد زیادہ ہو جاتی ہے' جو "مُضر اشیاء کو دھو کر بہا دینے یا رقیق اور ہلکا کر دینے
کا رجحان رکھتی ہے' اور ماؤف خطّے کے عروق میں سے سپید خلیوں کو زیادہ سرعت کے ساتھ
لاتی ہے" (Lewis)۔

شری ددوڑا' خراش آور اشیاء کا (خواہ یہ اشیا مقامی طور پر جلد میں لگائی جائیں
یا یہ اندر سے جذب ہوں)' اور طبیعی مہیجات سے تضرر کا ایک عام ترین جلدی تعامل
ہے۔ ہسٹامین کے علاوہ کثیر التعداد کیمیائی اشیاء (تُرشے' قلویات' فارمالڈی ہائیڈ
بعض فلزات اور الکولائڈز کے ملحات' آیوڈین' رائی کا تیل' کنتھیریڈین' وغیرہ) اگر
جلد میں مشرب کر دی جائیں تو ددوڑے پیدا کر دینگی۔ یہاں عام طور پر حسّاس شدگی کا
سوال (جس کا تذکرہ بعد میں کیا جائیگا) نہیں پیدا ہوتا' اور یہی بچھوا کے کانٹے
(nettle-stings) کے لئے اور کسی حد تک ڈنک مارنے والے حشرات کے کاٹوں کے
لئے سچ ہے۔ اسکے برعکس' ایسے حشرات' جیسے کہ پسّوؤں' مچھروں' پشّوں (gnats)
اور جوؤں' کے کاٹنے کی حالت میں حسّاس شدگی اور مناعت کے معاملات کا لحاظ
لازم ہے۔ وہ اشخاص جنہیں چھ ہے کے پسّوؤں نے پہلی بار کاٹا ہو کوئی تعامل ظاہر
نہیں کرتے' لیکن اُنکے متواتر کاٹنے کے بعد نمایاں مقامی تعامل پیدا ہو جاتے ہیں'

کیونکہ وہ اشخاص حساس شدہ بنجاتے ہیں (40)۔ اُن اشخاص میں جنھیں بعض حشرات نے عرصۂ دراز تک متواتر کاٹا ہو، مناعت کا پیدا ہوجانا ممکن ہے۔ مثلاً اُن رقبوں کے دیہی باشندے جہاں سیمولیئم مکھیاں (simulium flies) بکثرت ہیں، اِن مکھیوں کے کاٹنے کی مناعت حاصل کرلیتے ہیں (41)، اور یہ بات اچھی طرح معلوم ہے کہ جو اشخاص پسّوؤں، جوؤں اور کھٹملوں کے کاٹنے کا ہمیشہ ہدف بنے رہتے ہیں، وہ کچھ عرصہ کے بعد اُنکا بہت کم تعامل ظاہر کرتے ہیں یا کوئی تعامل نہیں ظاہر کرتے۔

اندرونی مبداء کے شری کے متعلق یہ یاد رکھنا چاہیے کہ خالص شری ثوران کے علاوہ، جسکے ساتھ اُسکی تحت الجلدی قسم ہو یا نہ ہو، ستمی مبدار کی مختلف حالتوں [مثلاً نملہ شکل التہابِ جلد (dermatitis herpetiformis)، حکاک (prurigo) کی مختلف قسموں، اور نوری حساس شدگی (light sensitisation)] میں بھی شری دَدوڑے پیدا ہوسکتے ہیں۔ بہت سی مثالوں، مثلاً دوائی، غذائی یا مَصلی طفحات میں، ثوران کثیر الاشکال ہوتا ہے، اور اُنمیں گوناگوں اور مختلف رنگ رُوپ کی اِحمراری چکتیوں کے ہمراہ شری دَدوڑے مخلوط ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ایکزیمائیت بھی پائی جاتی ہے۔ بعض غذاؤں، بالخصوص مچھلی کے استعمال کے بعد نہایت عام طور پر ایک مخلوط شری اور ایکزیمائی ثوران نمودار ہوجاتا ہے۔

شری اور وعائی عصبانی اُذیما (angeioneurotic œdema) دراصل عصبانی عروقی تعاملات ہیں، جو شری کی حالت میں اَدمی، اور وعائی عصبانی اُذیما کی حالت میں تحت الجلدی ہوتے ہیں۔ بَرجِلد صحیح وسالم رہتی ہے، باستثناء اِسکے کہ حبابی شری میں (جو شاذ ہے) وہ شدید مصلی ارتشاح سے تمامتر اُٹھ آتی ہے یا دَرریختہ ہوجاتی ہے۔ اِسکے بَرعکس ایکزیما میں، جیساکہ دیکھا جائیگا، بَرجلدی حساس شدگی (epidermal sensitisation) اصلی عامل ہوتی ہے، اور جلد کا ایکزیمائی تعامل بَرجلدی اَدمی تعامل ہے۔ یہ سمجھنا آسان ہے کہ اگر اَدمی اور بَرجلدی بافتیں دونوں اُسی اینٹی جن کے لیے حساس شدہ ہوں، تو کسطرح اِس سے ایک مخلوط شری اور ایکزیمائی ثوران پیدا ہوسکتا ہے۔

اندرونی مبداء کی شری غالباً ہمیشہ اس امر کی دلالت ہے کہ وہ شخص ایک

حسّاس شدہ یا حسّاسیتی حالت میں ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ ثوران گرم غسل یا سخت ورزش کے بعد یکایک اور پہلی بار پیدا ہو جاتا ہے، جس سے بلاشبہ جلدی عروق میں، دوران کرنے والی اینٹی جن کا ایک سیلاب عظیم واقع ہو جاتا ہے، اور بعض مزمن اصابتوں میں یہ حملے صرف اُسیوقت واقع ہوتے ہیں جبکہ کسی طبعی تہییج سے یا کسی جذبہ کی شدت سے جلد میں امتلا پیدا ہو جاتا ہے۔ اِسمیں شک نہیں کہ اصلی ثوران ہسٹامین کی رہائی کے باعث ہوتا ہے، جو دوران کرنے والی اینٹی جن کے حسّاس شدہ آدمی بافت کے تماس میں آنے سے واقع ہوتی ہے۔ یعنے تضرر کے جواب میں۔ کسی ایسے شخص میں جو کسی خاص شے، مثلاً مچھلی یا انڈے، کی حسّاسیت رکھتا ہو، جلد کے اندر اینٹی جنی شے کے مُرّوق خلاصہ کے اور ہسٹامین کے ایک محلول کے اشراب سے بعینہٖ مماثل تعاملات بیک وقت واقع ہوتے ہیں۔ مزید برآں یہ ہسٹامین جلد کے اُس رقبہ کو، جس پر یہ لگائی گئی ہے، اُس اینٹی جنی محلول کے لئے گریزی بناویتی ہے، اور آخرالذکر اپنے رقبہ کو ہسٹامین کے لئے گریزی بنا دیتا ہے۔

908 اندرونی مبداء کا شری ثوران پیدا کردینے والی اشیاء کی تعداد بے شمار ہے۔ اُنکی جماعت بندی حسب ذیل کی جاسکتی ہے:-

(۱) اغذیہ اور مشروبات۔ اِنکی عام مثالیں یہ بیان کی جاسکتی ہیں:- مچھلی، قشری حیوانات، ذومصراعین (bivalves)، لحم خنزیرا ورکلمہ، انڈے، ککرمتے، سپاریاں، اناج، بعض پھل اور سبزیاں، شراب انگوری اور دیگر مشروبات۔ اِن اشیاء میں کی اینٹی جنیں خود پروٹینیں نہیں ہیں، کیونکہ وہ اُس زیر بحث شے کے خالی از پروٹین رق پاشیدہ (protein free dialysate) میں موجود ہوتی ہیں جیسا کہ مثلاً انڈوں کی حالت میں بتلایا گیا ہے (42)۔ بعض اصابتوں میں کسی خاص غذا کی حسّاسیت اِسقدر زیادہ ہوتی ہے کہ اُسے صرف مُنہ کے اندر لینے سے شری کا حملہ شروع ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں اُس حملے کا اِنحصار اُس کے ناممکل ہضم پر ہوتا ہے، جس کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ اینٹی جن غیر متغیر صورت میں جذب ہو جاتی ہے۔ اُن مریضوں میں جنھیں بے ترشگی (achlorhydria) کی شکایت ہوتی ہے، ہائڈروکلورک دینے سے حملہ رُک جاتا ہے، خواہ وہ غذا لی جائے جو

معمولاً شری پیدا کردیتی ہے - بعض مریض صرف ایک ہی غذا کی حسّاسیت رکھتے ہیں اور بعض کئی غذاؤں کی، اور پھر بعض کی یہ حالت ہوتی ہے کہ کوئی خاص شَے سبب نہیں قرار دیجا سکتی، گو یہ صاف واضح ہوتا ہے کہ اُن میں غذائی خطّے سے اینٹی جن جذب ہوئی ہے -

(۲) ادویہ - کثیر التعداد دوائی اشیاء شری طفحات یا احمراری شری طفحات پیدا کر سکتی ہیں، مثلاً بلسمانات (balsams)، افیون، کونین، سیلی سیلیٹس (salicylates)، آیوڈائیڈز (iodides)، منوّمات کا باربٹون گروہ (barbitone group)، سنکھیا (arsenic)، آرسینو بنزال (arsenobenzol)، اور بہت سی دوسری اشیاء -

(۳) علاجی مَصَل (therapeutic sera) - مصلی مرض (serum sickness)، جسمیں شری ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، گھوڑے کے مصل کے سبب سے ہوتا ہے، نہ کہ اُس ضد سم کے سبب سے جو اُسکے اندر موجود ہوتا ہے اسیواسطے اُن لوگوں میں جو پہلے سے اسپ حسّاس (horse-sensitive) ہوں، علاج بالمصل خطرہ کا باعث ہے -

(۴) جراثیمی سرائتیں - مزمن شری کا انحصار کسی ناسکی سرایت پر ہوسکتا ہے، مثلاً سرایت زدہ دانتوں، لوزتین، یا آنفی اجواف، مزمن التہاب زائدہ التہاب مرارہ (cholecystitis) یا التہاب غُدّۂ قدامیہ (prostatis)، بولی خطّے کی عُصَیّۂ قولونی (B. coli) سے سرایت، اور معاء میں غیر طبعی قولونی نما عصیات کی موجودگی پر -

(۵) حیوانی طفیلیات - امعائی کرم، کیسیات (hydatids)، اور طفیلی نخز حیوانات (parasitic protozoa) - ڈبلیو - جڈاسون (W. Jadassohn) نے بتلا دیا ہے کہ صفاری کرم (ascaris worm) کی حقیقی اینٹی جن کو (جو حسّاس شدہ اشخاص میں شدید شری، دمہ، یا اکزیما پیدا کردیتی ہے) حرارت تلف نہیں کرتی اور یہ اینٹی جن رِق یا شیدنی (dialysable) ہوتی ہے - لہذا جسطرح غذائی اینٹی جنوں کی حالت میں ہوتا ہے، یہ بھی پر ڈٹین نہیں ہے -

اُسوقت جبکہ اینٹی جن غذائی قنال سے جذب ہوئی ہو، اور کم از کم بعض اصناف میں اسوقت جبکہ وہ غیر غذائی قنالی مبداء سے داخل ہوئی ہو، ان دونوں صورتوں میں حساسیتی تعاملات، مثلاً شری، کو روکنے میں غالباً جگر کے پروٹین تبدیلی اور سُم ربا وظائف نمایاں حصہ لیتے ہیں - فی الحقیقت جگر کو پہلا خطِ مدافعت سمجھنا چاہیے، اور جب اِس کا فشل ہوجاتا ہے تو ممکن ہے کہ اسکے بدل کے طور پر جلد، بوجہ اپنی ضدِ اجسام بنانے کی قابلیت کے اور خون میں دوران کرنے والے ضدِ اجسام کو ثبت کر دینے کی قابلیت کے (جو پراؤس نٹز کوسٹنر Prausnitz-Kustner کے تعامل سے ظاہر ہوتی ہے) ایک حفاظتی وظیفہ انجام دینے لگے - شری اور حساسیت کے دوسرے جلدی ظواہر کو اینٹی جنی ضد جسمی تعاملات سمجھنا چاہیے، جو اول الذکر کو تلف کر دینے کے لئے مترتب ہوتے ہیں، اور اِس طریقہ سے دوسرے زیادہ حیوی اعضا کو محفوظ رکھتے ہیں - عضلی مرض میں، بعض حکاکات میں، حاد شری اور وعائی عصبانی اُذیما کی بعض اصابتوں میں، اور شری اور دوسرے توارنات میں جو فلزاتی تسمم (آرسینو بنیزال، بسمتھ، سونے، وغیرہ) کے اثر سے ثانوی طور پر پیدا ہوجاتے ہیں، اکثر ایک دو ہیئتی قسم کا ثبت وان ڈن برگی تعامل (Van den Berg reaction of the biphasic type) پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ بول میں حد سے زیادہ یورو بائلین (urobilin)، یوریٹس (urates) کا جماؤ، اور کبدی عدم کفایت کی دوسری دلالتیں پائی جاتی ہیں - یہ بتلایا گیا ہے کہ جگر کے ضدِ سمّی اور دوسرے وظائف کے لئے گلائکو جن ضروری ہے، چنانچہ اِس سے اِس امر کی کسیقدر توجیہ ہوتی ہے کہ فلزاتی تسمم کو روکنے اور بعض حساسیتی حالتوں کے علاج میں گلوکوز کیوں مفید ہوتی ہے -

شری کے ایک حاد حملے کے دوران میں وہ مختلف مظاہر واقع ہوتے ہیں، جو "خون شکنی حرجہ" ("hæmoclasic crisis") کی اصطلاح کے تحت جمع کئے گئے ہیں، اور خون اور بول میں وہی حیاتی کیمیائی تغیّرات رونما ہوتے ہیں جو حسّاسیتی حالت کے دیگر ظواہر کا ممیّز خاصہ ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 138) - سیّال کا احتباس واقع ہوتا ہے، چنانچہ دَدوڑے، اُدیمہ میں مقامی اجتماعات کے آئینہ دار ہیں -

حسّاس شدگی کے اصلی اور ضروری عامل کے علاوہ، بعض اصابتوں
میں دوسرے عاملات بھی موجود ہو سکتے ہیں جو شری کی استعداد پیدا کردیتے ہیں،
مثلاً کیلسیم کی قلت اور نفسیاتی اختلالات۔ یہ یقینی امر ہے کہ بعض اصابتوں کو
کیلسیم کے استعمال سے فائدہ ہوتا ہے، اور ایک شری موضوع میں جذباتی برانگیختگی 909
سے شری کے حملہ کی تحریک ہو سکتی ہے (مقابلہ کرو دمہ اور حکاک سے)۔

علاج ۔ شری کا حاد حملہ پہلی بار عموماً کسی ایسی غذا، جیسی کہ مچھلی، صدفی مچھلی، یا لحم خنزیر کھانے کے بعد بایں وجہ ہوتا ہے کہ اینٹی جنی شے دورانِ ہضم میں یا تلف نہیں ہوئی، اور نہ جگر اسے ثبت اور تلف کرسکا ہے۔ لیکن اس امکان پر بھی غور کرنا چاہئے کہ وہ کسی دوا، مثلاً ایک منوم، یا کسی علاجی مصل کے اشراب کی وجہ سے پیدا ہوا ہو۔ اگر مریض کو کسی مشتبہ غذا کے کھانے کے تھوڑے عرصہ بعد ہی کھیا گیا ہے، تو اسے ایک قے آور دوا دینی چاہئے، اور علامات کی فوری تخفیف کے لئے لائکر ایڈرینالینی ہائیڈروکلورائڈ (liq. adrenalini hydrochlor.) کے ۵ تا ۱۰ قطرے، یا بہتر ہے کہ ایڈرینالین اور پیچوٹرین (pituitrin) کے ایک مرکب کا اشراب تحت الجلدی بافت میں گہرا دیا جائے، اور اگر ضرورت ہو تو اسے وقفوں کے ساتھ مکرر استعمال کیا جائے۔ کیلسیم کے مرکبات مثلاً کیلسیم گلوکونیٹ یا افنل (afenil) (calcium-chloride-urea) کے دروں وریدی اشرابات بھی موثر ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک روزانہ دئے جاسکتے ہیں۔ یہ امر قرین مصلحت ہے کہ مریض ۲۴ گھنٹے تک بغیر غذا کے رہے، البتہ اسے گرم پانی میں گھولی ہوئی گلوکوس دی جاسکتی ہے۔ اسکے بعد دو تین روز تک، اگر دودھ کا عدم تحمل نہ ہو، تو غذا کو اس سیال (جو کہ گلوکوس سے میٹھا کرلیا گیا ہو) کے ۴ گلاس روزانہ تک محدود کردینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں ایک مسہل مثلاً کیلومل ۲ - ۳ گرین، اور اسکے بعد اگلی صبح مفتح سلفیٹ کی ایک معتاد گرم پانی میں دینی چاہئے۔

ان اصابتوں میں جنھیں مزمن شری یا متوالی حملے ہوں، مریض سے اچھی طرح سوال کرکے، یا ضرورت ہو تو جلدی کا شفات عمل میں لاکر شری پیدا کرنے والی مخصوص غذاؤں کو دریافت کرنے کی کوشش کرنی چاہئے، اور ماسکی سرایت

کے منبعوں کو اچھی طرح تلاش کرنا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ کسری امتحانی غذا کے ذریعہ ہائیڈروکلورک ایسڈ کے معدی افراز کی تحقیقات، اور جراثیم کی غیر معمولی نسلوں حد سے زائد گندیدگی کی شہادت، غیر منہضم غذا، اور معائی طفیلیات کے لیئے براز کی تحقیقات مناسب ہو۔ سپید خلیوں کے مجموعی اور تفریقی شمار سے ممکن ہے کہ مخفی عفونت پر دلالت ہو، یا اگر ایوسین پسند خلیوں کی کثرت پائی جائے تو اس سے کیسیتی مرض (hydatid disease) ظاہر ہو۔ چوبیس گھنٹوں کے مختلف اوقات میں بول کے مختلف نمونے جمع کر کے انکا مکمل امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ تغیرات کا وہ دور یہ ظاہر ہو جو پہلے حساسیتی حالتوں کے بیان میں درج کیا گیا ہے، اور اس سے معقول علاج کا سراغ ہاتھ آجائے۔ قولونی عصیوی بولیت (coliuria) کا علاج ہگزامین (hexamine) اور دوسرے بولی عفونت کشوں کے ذریعے کرنا چاہیئے۔

غذا۔ مزمن شری کے غذائی علاج کا اقتضاء قدرتی طور پر یہ ہے کہ ان غذاؤں کو جو کہ حملوں کی تحریک کرتی ہیں خارج کر دیا جائے اور نہایت ترشئی پھلوں، شحمی غذاؤں، سوائے مکھن اور پنیر کے، دوبارہ پکے ہوئے گوشت یا مچھلی، قشریات اور صدفی مچھلی، اور مرکز مٹھائیوں سے پرہیز کیا جائے۔ بعض اصابتوں کو عارضی سبزی خوری سے فائدہ پہنچتا معلوم ہوتا ہے، لیکن انکی اکثریت میں ایک ایسا نظام غذا جس میں پروٹین کی کثرت ہو، کاربوہائڈریٹ اور شحم کو محدود کر دیا جائے، اور سبزیوں اور کم ترشئی پھلوں کی وافر رسد بہم پہنچائی جائے، قرین مصلحت ہے سیال درآمد کو، قطع نظر اس درآمد کے جو کہ پھل اور سبزیوں سے حاصل ہوتی ہے، ۲ پائنٹ روزانہ تک محدود رکھنا چاہیئے۔ نمک نہایت کم مقدار میں لینا چاہیئے، اور گنے کی شکر کی بجائے گلوکوس استعمال کرنی چاہیئے۔ مندرجۂ ذیل کو اس قسم کے نظام غذا کی مثال کے طور پر پیش کیا جا سکتا ہے، اور مریض کے مذاق اور خاص مزاج کے مطابق اس میں ردوبدل کیا جا سکتا ہے۔ ناشتہ:۔ سور کی نمکین دھوئیں میں پکائی ہوئی بے چربی کی ران (۳ اونس) یا جگر (۲ - ۳ اونس) یا گردہ جسکے ساتھ، اگر خواہش ہو، تو ایک انڈا۔ بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کا ایک بڑا ٹکڑا

سینکا ہوا یا وائٹا ویٹ (Vitaweat) کے دو ٹکڑے ۔ مکھن ۔ ایک سیب، ناشپاتی، یا نارنگی ۔ کمزور چائے کی ایک بڑی پیالی، یا کافی (coffee) اور دودھ (مساوی المقدار) کی ایک بڑی پیالی ۔ دوپہر کا کھانا ۔ سارڈین مچھلیاں (تیل پھینک دینا چاہئے) ۲ اونس، یا جگر (۲ اونس)، یا تازہ مچھلی (۳ اونس) یا چوزہ کا گوشت (۳ اونس) سادہ پنیر ۔ سلاد (کاہو: lettuce، ٹماٹر، چقندر: beet-root وغیرہ)۔ بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی سینکی ہوئی یا وائٹا ویٹ جیسا کہ ناشتہ کے لئے، مکھن کے ہمراہ ۔ سیب، ناشپاتی، یا نارنگی، یا دم پخت پھل ۔ پانی کا ایک گلاس ۔ تیسرے پہر کا کھانا ۔ دودھ کا ایک گلاس ۔ سادہ کیک (cake) کا ٹکڑا پھل ۔ رات کا کھانا ۔ بے چربی کا گوشت، یا تازہ مچھلی، یا چوزے کا گوشت ۴ اونس ۔ یا مچھلی ۱½ اونس اور گوشت یا چوزہ ۱½ اونس سبزیاں حسب خواہش (تمام سبزیاں، گاجریں، پارسنپ: parsnips، شلغم، پیاز، لیک: leck وغیرہ)۔ بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی سینکی ہوئی یا وائٹا ویٹ، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے ۔ تازہ پھل ۔ ایک گلاس پانی، مقوی پانی، یا کمزور وسکی (whiskey) اور سوڈا ۔ پرہیز یا مخل پیل ۔ شکر، مربہ، مارملیڈ (marmalade)، شہد، مٹھائیاں، پیسٹری، پڈنگ، مسالے دار کیک (cake)، شوربے، شحمیں (سوائے مکھن کے جسکی اجازت ہے) سور کا گوشت، سور کا نمک لگایا ہوا اور سوکھایا ہوا گوشت، قلمہ (sausage)، طاقتور چائے اور کافی (coffee)۔ بیر شراب (beer)، انگوری شرابیں ۔ نوٹ :۔ جگر اگر ممکن ہو تو ہفتہ میں تین روز لینا چاہئے ۔ ایک گلاس دودھ اور کم از کم ایک سلاد روزانہ 910 لینا چاہئے ۔ دوپہر اور رات کے کھانے کے طعام ناموں کو اگر چاہیں تو آپس میں بدل سکتے ہیں ۔ سیال درآمد کو اس حد تک کہ جس حد تک اوپر بیان کیا گیا ہے محدود کر دینا چاہئے، البتہ جب پیاس لگے، تو یہ زیادہ لی جا سکتی ہے ۔ جہاں تک ممکن ہو شکر کی بجائے گلوکوس بشکل سفوف لینی چاہئے۔

کیلسیئم کے ملحات، مثلاً گلوکونیٹ، کلورائیڈ، کاربونیٹ، لیکٹیٹ، یا مرکب کیلسیئم سوڈیم لیکٹیٹ (calcium-sodium-lactate) دینے چاہئیں ۔ انکا مدرالبول اثر ہوتا ہے اور وہ مصلی ارتشاح کے رجحان کو گھٹاتے ہیں ۔ ممکن ہے

انکو کچھ عرصہ تک ارگوسٹرال (ergosterol) کے امتزاج میں تجویز کرنا قرین مصلحت ہو۔
اکثر حساسیت ربائی کا کوئی طریقہ ضروری ہوتا ہے۔ بعض اوقات پیپٹون (peptone) ہر کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے براہِ دہن لینا کارگر ہوتا ہے، لیکن اُسے بڑھتی ہوئی معتادوں میں ہر تیسرے دن سے لیکر ساتویں دن دروں وریدی یا دروں عضلی اشراب سے دینا زیادہ پسندیدہ ہے۔ خودزاد دموی اور خودزاد مصلی علاج (autohæmo-and autosero-therapy) اکثر اوقات کامیاب ثابت ہوتا ہے، لیکن اِسمیں اگر ممکن ہو تو خون شری کے حملوں کے وقوع سے ذرا پہلے نکالنا چاہئے۔ بعض اصابتوں میں جنمیں دوسرے طریقے ناکام رہے ہیں آوریل (Oriel) کے پ مادہ (P. substance) کے اشرابات کامیاب ثابت ہوئے ہیں۔
بالآخر یہ نہیں فراموش کرنا چاہیے کہ دوسری حساسیتی حالتوں کی طرح شری میں بھی جسمانی تکان اور خستگی اور نفسیاتی اختلالات، عاملات معدہ کی حیثیت سے اثر رکھتے ہیں۔ جب دوسرے تمام ذرائع ناکام ثابت ہوں تو ممکن ہے کہ کامل سکون و آرام، اور اُسکے بعد ماحول کی تبدیلی یا مدبرانہ نفسیاتی معالجہ سے کامیابی حاصل ہو۔

لونیتی شری

(urticaria pigmentosa)

اِس اصطلاح کے تحت دو قسم کے ثورانات شامل ہیں، جو سریری لحاظ سے اور غالباً تسبیبی لحاظ سے بھی، بالکل جداگانہ ہیں۔ اِنکو عموماً طفولی اور بالغ اقسام کے ناموں سے یاد کیا جاتا ہے۔
طفولی قسم (juvenile type)۔ اِسمیں ثوران گول یا بیضوی لُطخات اور بثور پر مشتمل ہوتا ہے، جنکا رنگ ہلکے بادامی سے لیکر گہرے بھورے تک مختلف ہوتا ہے۔ جب یہ کثیر التعداد ہوتے ہیں تو اِنکے لمبے محور خطوط تشقق میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اِس کی دالۂ مرض امارت یہ ہے کہ اِسکے اضرار کو جب زور سے ملا یا کھرینچا جائے تو وہ سُرخ اور متورم ہو جاتے ہیں اور شری دَدوڑے بنا دیتے ہیں۔

بیشتر اصابتوں میں کھجلی موجود ہوتی ہے، اور اکثر اوقات جلد نگاری دیکھی جاتی ہے۔
یہ مرض عموماً ابتدائی شیر خوارگی کے زمانے میں شروع ہوتا ہے، اور بلوغ کے وقت اکثر غائب ہوجاتا ہے یا نسبتہً بہت کم نمایاں ہوجاتا ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ یہ غیر معین زمانے تک جاری رہے، اور اِسکے ابتدائی ظہور میں زمانۂ بلوغ تک یا بلکہ بالغ زندگی تک دیر ہوجائے۔ اِسکے بیشتر اضرار دھڑ اور سُرینوں پر واقع ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ جوارح اور سر بھی ماؤف ہوجائیں۔ نسیجیاتی لحاظ سے معمولی شری کی طرح اُدمہ کا اُذیما ہوتا ہے، بَرجلد کی زیادہ گہری تہوں میں زیادہ لونیت ہوتی ہے، اور مستولی خلیوں کی کثیف دررِیزش ہوتی ہے، جو اس مرض کی مطلقاً ممیز خصوصیت ہے۔

بالغی قسم۔ اِسکے اضرار لُطخات یا کسیقدر اُبھرے ہوئے بثور ہوتے ہیں، جنکا رنگ ممیز طور پر سُرخی مایل بھورا ہوتا ہے، بعض اوقات اَرغوانی جھلک کے ساتھ۔ مجموعی حیثیت سے یہ اضرار طفولی قسم کے اضرار کی نسبت چھوٹے ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ نہایت عام طور پر پیش بازوؤں کی اگلی سطحات پر اور دھڑ پر واقع ہوتے ہیں، اور چھدرے پھیلے ہوئے ہوسکتے ہیں یا ایک وسیع رقبے پر بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ طفولی قسم کی طرح یہ بھی رگڑ کے ذریعے شری دار ہوجاتے ہیں لیکن عموماً بہت کم درجے تک نسیجیاتی لحاظ سے اُدمہ میں مستولی خلیے پائے جاتے ہیں، لیکن یہ نسبتہً کم تعداد میں ہوتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ طفولی قسم۔ یہ قسم عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتی ہے، اور ممکن ہے خاندانی ہو۔ اِسکی بعض اصابتوں میں جگر، طحال، یا لمفی غدد کی کلانی دیکھی گئی ہے اس سے قطع نظر لمفی خلوی یا زیادہ اکثر لبّی خلوی قسم کے دموی تغیرات مشاہدے میں آئے ہیں، اور اس حقیقت کی بناء پر بعض مصنفین اسے بعض دمویتوں سے ہمرشتہ سمجھنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ رائے شاید جلد کی ممیز مستولی خلوی دررِیزش سے مطابقت رکھتی ہے۔

بالغی قسم۔ اِسے غالباً شری کی مزمن شکل سمجھا جاسکتا ہے۔ اِسکے ظہور سے پہلے معمولی شری کے حملے ہوسکتے ہیں، اور اِسکا وقوع غذائی تسمم (food-poisoning) کے بعد بھی معلوم ہوا ہے۔ غالباً حیاتی کیمیائی اصول کے

مطابق مزید تحقیقات کرنے سے ثورانات کے حساسیتی گروہ کے ساتھ اِسکے ہمرشتہ ہونیکا فیصلہ ہوجائیگا -

علاج - طفولی قسم کے اضرار کاربن ڈائی آکسائڈ سنو (carbon-dioxide snow) سے انجماد کرنے پر غائب ہوسکتے ہیں، مگر اس حقیقت کے مدِّنظر 911
کہ اِس سے بعض اصابتوں میں نائٹرائٹ کا سا حرجہ (nitritoid crisis) پیدا ہوگیا ہے، اِس علاج کو احتیاط کے ساتھ عمل میں لانا چاہئیے -

حکّہ اور حکاک

(PRURITIS AND PRURIGO)

لفظ حکّہ (pruritis) کھجلی کی علامت پر دلالت کرتا ہے، جو خود رو ہوسکتی ہے، اِس مفہوم میں کہ یہ جِلد میں کسی مرئی تغیر کا نتیجہ نہیں ہے، یا ایک واضح اور معیّن ثوران کے موضوعی مظاہر میں سے ایک مظہر ہوسکتی ہے۔ حکاک (prurigo) کی اصطلاح کے تحت مختلف اقسام کے سریریاتی مظاہر مشمول ہیں، جنمیں حکّہ ایک اہم علامت ہوتی ہے، لیکن اِسکے ساتھ جِلد میں بعض ممیز اضرار بھی واقع ہوتے ہیں، جو یا تو اوّلی طور پر ہوتے ہیں یا کھرینچنے یا مَسَلنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ نسیجیاتی تحقیقات (43) کی بدولت اب ہم حکاک کی مختلف اقسام کے اوّلی اور ثانوی اضرار کے درمیان امتیاز کرسکتے ہیں -

حکّہ

(pruritis)

ذائقہ، شامّہ اور لامسہ کے احساسات کی طرح، کھجلی کا احساس بھی ایسا ہے جسکی تعریف نہیں کی جاسکتی - یہ یقینی طور پر معلوم نہیں کہ آیا اُس کی پیدائش میں جلد کے حسّی اعصاب کا تعلق ہے، یا (جیسا کہ زیادہ ممکن معلوم ہوتا ہے) وہ خود آئین عصبی نظام (autonomic nervous system) کے بعض ریشوں کی نافوقیت

کا ایک مظہر ہے۔ یاد ہوگا کہ حیوانات میں تجربی استبدادی صدمہ (جسمیں نباتی عصبی نظام vegetative nervous system: کا وافر اختلال رُونما ہوتا ہے) کی ابتدائی ترین علامات میں سے ایک علامت شدید کھجلی ہے، اور یہ قول اُن حالتوں پر بھی صادق آتا ہے جو استبدادی صدمہ سے مشابہ ہوتی ہیں؛ مثلاً مصلی مرض، شری اور حکاک (prurigo) کے بعض اقسام۔ اِس کھجلی کا درجہ ایک خفیف۔ بلکہ خوش آیند احساس سے لیکر، جیسا کہ گدگدانے سے پیدا ہوجاتا ہے، ایسے شدید دوروں تک مختلف ہوتا ہے جنمیں بدنصیب مریض بالکل بے قابو ہوجاتے ہیں، اور آرام حاصل کرنے کی کوشش میں اپنی جلد کو بیرحمی کے ساتھ چیرنے اور پھاڑنے لگتے ہیں۔ حکّہ کم و بیش عمومی ہوسکتی ہے یا وہ بعض رقبوں میں محدود المقام ہوتی ہے، اور بالعموم وہ اکثر دورے کی صورت میں ہوا کرتی ہے۔ خودرو اقسام میں حکاکات (prurigos) میں، اور اُس شکل میں جو خارشت (scabies) یا قمل البدن (pediculosis corporis) کے ساتھ ہوتی ہے، وہ عموماً شبانہ ہوتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ حکّہ کے اسباب نہایت کثیر التعداد ہیں، مگر اُنکی سرسری جماعت بندی ڈاریئر (Darier) کے تتبع میں حسب ذیل کی جاسکتی ہے:-

بیرونی مبداء کی حکّہ۔ اِس عنوان کے تحت اُس کھجلی کو شامل کیا جاسکتا ہے، جسکی تحریک میکانی ذرایع (گدگدانے، بعض چیزوں مثلاً اُون، روئی وغیرہ کے تماس) سے، اور طبعی یا کیمیائی عاملات سے ہوتی ہے۔ یا حیوانی طفیلیات، مثلاً جوؤں، کھٹملوں، کلنیوں (acni) نوک دُموں (oxyuris) کی فعالیت یا کاٹنے سے، اور بعض پودوں مثلاً بچھوے (nettle) یا جانوروں کے تماس سے۔ ایسی کھجلی کو فعلیاتی اور غائی سمجھنا چاہئیے، کیونکہ ممکن ہے کہ کھجلانے سے وہ خراش آور شے دور کیجاسکتی ہو، مگر بایں‌ہمہ یہ کھجلی ماؤف شخص کے لحاظ سے بہت مختلف درجہ کی ہوسکتی ہے۔ جراثیم بانسبتہ اعلیٰ درجہ کے فُطرات سے جلد کی سرایت بھی بعض مقامات میں ایک محدود المقام حکّہ کا سبب ہوسکتی ہے۔ یہ امر مخاطی جلدی اتصالات کے مقامات پر اور جلد کے قدرتی شکنوں یا دُہراؤں میں بالخصوص دیکھنے میں آتا ہے۔ چنانچہ حکّہ مبرز (pruritis ani) یا حکّہ فرج (pruritus

(vulvæ) کی بہت سی اصابتیں ریم زا نبقات (بالخصوص ایک نبقہ سبحیہ) سے اور قوبائی فطرات (rinworm fungi) یا مانیلیا (monilia) سے اِن مقامات کی سرایت واقع ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہیں! اورشکنونکی تسمیط (intertrigo) جسکے ساتھ شدید حکّہ کا ہونا ممکن ہے، اِنھیں عضویات سے سرایت ہونیکی وجہ سے ہوتی ہے۔ بعض ثورانات میں حکّہ کثیر التعداد ثورانات کے ساتھ کھجلی موجود ہوسکتی ہے، بعض کے ساتھ ہمیشہ، اور بعض کے ساتھ کبھی کبھی۔ جن ثورانات کے ساتھ حکّہ تقریباً ہمیشہ کسی نہ کسی حد تک موجود ہوسکتی ہے، اُنکی مثالیں حسب ذیل پیش کی جاسکتی ہیں:۔ شری، ایکزیما، حزازۂ مسطح (lichen planus)، نملہ شکل التہاب الجلد (dermatitis herpetiformis)، تنخری تفطیر (acne necrotica)، اور متفطر فطریت (mycosis fungoides) کا پیش فطری درجہ لیکن یہ ایک حیرتناک واقعہ ہے کہ حزازۂ مسطح میں کھجلی اِسقدر شدید ہوسکتی ہے کہ مریض اُس سے تقریباً دیوانہ ہوجاتا ہے، یا شاذ حالتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ کھجلی مطلق نہ ہو۔ صدفیہ (psoriasis) اور ناریات (syphilide) میں کھجلی شاذ ہی موجود ہوتی ہے، لیکن اول الذکر میں وہ شاذ صورتوں میں بہت زیادہ ہوسکتی ہے لہذا یہ صاف واضح ہے کہ حکّہ کا انحصار اس ثوران کی بہ نسبت کہ جسکے ہمراہ وہ واقع ہوتی ہے، ماؤف فرد پر زیادہ ہوتا ہے۔ سمّی حکّہ (toxic pruritis)۔ اِس عنوان کے تحت اُس حکّہ پر غور کیا جاسکتا ہے جو بعض دواؤں (مثلاً لفاح، مارفین، کوکین، کیفین، منوّمات کے باربٹون گروہ، اور سنکھیا کی بعض تجہیزات) سے غذائی اشیاء سے شری کے بغیر بھی، اور ایسے حیوانی طفیلیات جیسے کہ معائی کرموں اور کیسہ کے سموم سے پیدا ہوسکتی ہے۔ ادویہ اور غذائی اشیاء کے متعلق یہ ہے کہ مریض کا ذاتی مزاج، یا زیادہ صحیح معنوں میں حسّاسیت شدگی کا سوال بہت زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ خود سمّیتی حکّہ (autotoxic pruritis)۔ خود سمّیتی کی اصطلاح کا یہ مفہوم ہے کہ وہ شے یا اشیاء جو حکّہ کا سبب ہیں، دروں زاد مبداء کے ہیں، اور خون کے اندر اُنکی موجودگی کا انحصار تحوّل کی کسی غلطی پر، یا بعض عضوی امراض کی موجودگی پر، یا سمّی انجذاب کے کسی مبداء کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ ہمارے 912

معلومات کی موجودہ حالت میں اُن حقیقی اشیاء کی نوعیت یا ترکیب کو صحیح طور پر بیان کرنا ناممکن ہے، جو اس گروہ سے تعلق رکھنے والی حالتوں میں حکّہ کا سبب ہوتی ہیں۔ اس مسئلہ کی زیادہ تفصیلی بحث حکاکات کے باب میں کیجائیگی۔ ذیابیطس (diabetes)، یا سادہ بیش شکر دمویت (hyperglycæmia) کے ہمراہ حکّہ اکثر پائی جاتی ہے اور اُسوقت غائب ہوجاتی ہے جبکہ مناسب علاج سے دموی شکر کو گھٹا کر طبعی حدود تک لایا جائے لیکن وہ کسی طرح بھی ایک مستمر علامت نہیں ہوتی، اور نہ یہ یقینی ہے کہ خون کے اندر شکر کی زیادتی اِس حکّہ کا سبب ہے۔ دونوں صنفوں میں تناسلی اعضا کی ایک مقامی حکّہ، جسکے ساتھ ایک ساری التہاب جلد ہوتا ہے، جو بالعموم ایک مانیلیا کے باعث ہوتا ہے، ممکن ہے شکری پیشاب آنے کا نتیجہ ہو۔ کلوی مرض (chronic interstitial renal disease)، بالخصوص مزمن رخنگی التہاب گردہ (nephritis، اور شریان صلابتی قسم (arteriosclerotic form)، حکّہ کا ایک دوسرا معدِ سبب ہے، اور حکّہ جسکے ساتھ ہمزمان ثوران ہو یا نہو قریب الوقوع یورییا دمویت کا پیش خیمہ بھی ہوسکتی ہے۔ یرقان (jaundice) کے ساتھ تقریباً ہمیشہ شدید کھجلی ہوا کرتی ہے، جو خون کے اندر ملحاتِ صفراء (bile-salts) کی موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات حکّہ کے مریضوں میں شدید درجہ کی کلیسٹرین دمویت (cholestrinæmia) پائی جاتی ہے، جو سلعہ زرد (xanthoma) کے ساتھ موجود ہوسکتی ہے۔ یہ ایک مشہور واقعہ ہے کہ نقرسی (gouty) اشخاص میں کھجلی کا رجحان موجود ہوتا ہے، اور مناسب غذا اور ایسی دوسری تدابیر کے استعمال سے جو خون کے یورک ایسڈ مافیہ کو گھٹا دیں اِس علامت میں فی الفور تخفیف ہوسکتی ہے۔ قبض (constipation) بھی اکثر ایک صریح عامل ہوتا ہے، اور بہت سی اصابتوں میں معائی تغسیل اور مفتحات سے تخفیف ہوجاتی ہے۔

کیلسیئم کی قلت سے جلد کی زیادہ خراش پذیری پیدا ہونے کے بارے میں مختلف تحقیقاتیں (44) ظاہر کرتی ہیں کہ بعض اوقات خون اور جلد میں کے معدنی ملحات کے طبعی توازن کا اختلال حکّہ کا سبب ہوسکتا ہے۔ دروں افرازی غدد (endocrine glands) کے بعض فتور آیا اس کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لیتے ہیں

اسکو دریافت کرنا مشکل ہے، لیکن حکہ مرض گریو (Grave's disease) میں، اور عورتوں میں مبیض شگافی (ovariotomy) کے بعد یا سن الایاس کے زمانے میں عام ہے۔ ماسکی عفونت (focal sepsis) بعض اصابتوں میں یقیناً حکہ کا سبب ہوتی ہے، اور سرایت کے مزمن منبع کو دور کرنے یا اُسکا علاج کرنے کے بعد عام یا محدود المقام حکہ حیرتناک طور پر رفع ہوسکتی ہے۔ لمفی غدی سلعہ (lymphadenoma) اور سفید دمویتوں (leukæmias) میں بھی حکہ ایک تکلیف دہ علامت ہوسکتی ہے، اور حقیقی جلدی ثورانات کے ساتھ یا اُنکے بغیر واقع ہوسکتی ہے۔ بالآخر اُس چیز پر بھی غور کرنا چاہئے جسے حکہ میں نفسیاتی عامل کہہ سکتے ہیں، کیونکہ مختلف اصابتوں میں یہ کھجلی بہت مختلف درجے کی ہوتی ہے، اور خود رُو حکہ میں مریض اکثر نہایت زود حس ہوتا ہے اور ناواجبی طور پر متفکر اور پریشان ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ عمومی حکہ میں، اور اُس مقامی حکہ میں جو کچھ عرصہ بعد محدود المقام حکاک بنجاتی ہے، اِن دونوں قسموں میں یہ نفسیاتی عنصر عموماً واضح ہوتا ہے۔ اعضائے تناسل کی محدود المقام حکہ میں، بالخصوص عورتوں میں، اگرچہ یہ ایک واحد تسبیبی عامل نہیں مگر غالب تسبیبی عامل ہوسکتا ہے۔ ایسی بہت سی اصابتوں میں غور کے ساتھ تحقیقات کی جائے تو کوئی عشق و محبت میں ناکامی کا قصہ، منگنی ٹوٹ جانے کی داستان، یا میاں بیوی کے ناخوشگوار تعلقات کی سرگذشت پائی جائیگی۔ لیکن تاوقتیکہ دوسرے تمام ممکن اسباب [مثلاً کسی مقامی جراثیمی یا فطریتی سرایت یا کسی معکوس منبعِ خراش] کے متعلق غور نہ کرلیا جائے، کسی ایسی توجیہ کو فرض نہیں کرلینا چاہئے۔

حکہ کے بعض مخصوص خطہ دار اقسام، مثلاً حکۂ مبرز، کے ممیز خصائص اور علاج پر آئندہ باب میں غور کیا جائیگا۔

حکاک

(prurigo)

حکاک (prurigo) کی اصطلاح کا اطلاق خود رُو حکہ کی اُن عمومی یا مقامی اصابتوں پر کیا جاتا ہے، جنھیں ماؤف حصوں کی جلد میں مخصوص و ممیز تغیرات رونما

ہوتے ہیں، نیز بعض اُن بسری ذاتوں یا علامتوں پر کیا جاتا ہے۔ جو اپنے اوّلی یا ثانوی اضرار، اپنے ماؤف مقامات کی توزیع، اپنے موسمی، قومی، یا سنّی حدوث،
اور اپنے ساتھ کے علامات یا امراض کے تعلقات کی وجہ سے تمیز کیے جا سکتے ہیں۔ 913
یہ آخر الذکر عوارض حسب ذیل ہیں:۔ سادہ حاد حکاک (prurigo simplex acutus) (بثوری شری = urticaria papulosa)، شری حزازہ (lichen urticatus = خمریہ = strophulus)، بسنیئر (Besnier) اور ہیبرا (Hebra) کے حکاکات، گرہکی حکاک (prurigo nodularis)، شیوخی حکاک (prurigo senilis)، صیفی حکاک (prurigo æstivalis)، شتائی حکاک (prurigo hiemalis) اور لمفی غددی سلعہ (lymphadenoma) اور ابیض دمویت (leukæmia) کے حکاکات۔ حکاک کے مختلف اقسام کے ہمراہ پائے جانے والے جلدی اضرار پر غور کرنے میں ہمیں اُن اضرار کے درمیان جو کھرینچنے اور رگڑنے سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور اُن کے درمیان جو اوّلی ہیں امتیاز کرنا پڑتا ہے۔ سیوائی (Civatte) کے نسیجیاتی مطالعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ بثوری شری (urticaria papulosa)، اور حکاک ہیبرا میں، گرمائی حکاک (summer prurigo) میں، اور لمفی غددی سلعہ (lymphadenoma) کی بعض اصابتوں میں، اوّلی بثوری اضرار موجود ہوتے ہیں، جو اپنے طور پر پیدا ہوجاتے ہیں، لیکن بعد میں کھرینچنے اور رگڑنے کی وجہ سے متبدل ہوجاتے ہیں۔ مگر اُس سادہ حکاک میں جو ایک عمومی یا مقامی حکہ کی پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے، اور دوسری قسموں میں، جلد میں کے مرئی تغیرات تمامتر کھرینچنے اور رگڑنے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علامات ۔ جب کوئی طبعی شخص تندرست جلد کو کھرینچتا ہے تو اُس کا فوری اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد میں ایک ناپائیدار احمرار پیدا ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اِس احمرار کے ساتھ مصلی ارتشاح بھی ہو، جس کی وجہ سے ایک دَوڑا (جلد نگاری = dermographism) بنجاتا ہے۔ اِس تعامل کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ تضرر کی مجیبیت میں جلد کے اندر ایک ہسٹامین نما شَے (histamine-like substance) رہا ہوجاتی ہے۔ ایگزمائی موضوعوں میں، جنہیں بَرجلد ایک حسّاس شدہ حالت

میں ہوتی ہے، جلد کے ایک تندرست رقبہ کو مسلسل کھربنچنے سے ایک ایکزیمائی تعامل (ضربی ایکزیما = traumatic eczema) پیدا ہوسکتا ہے۔ مابعد اثرات دو قسم کے ہوتے ہیں۔ ایک میں مریض کے ناخن بر جلد کے ٹکڑے پھاڑ کر نکال دیتے ہیں، جس سے وہ کھربنچوں کے نشانات پیدا ہوجاتے ہیں، جن کی مثالیں خارشت (scabies)، تقمّل البدن (pediculosis corporis)، نملہ شکل التہاب جلد (dermatitis herpetiformis)، اور حکاک ہیبرا (prurigo of Hebra) میں ملتی ہیں۔ دوسرے گروہ میں ممکن ہے کہ کھربنچوں کے ایسے کوئی مرئی امارات نہ ہوں، مثلاً مسطح حزازہ (lichen planus)، شیوخی حکّہ (pruritis senilis)، ثبری اور تقمّل العانہ (pediculosis pubis) میں۔

سیواٹی (Civatte) نے بتلا دیا ہے کہ اُن خفیف انسحاجات میں، جو کھربنچنے سے پیدا ہوجاتے ہیں، ابتدائی تغیرات بر جلد کی زیریں تہوں میں اور حلیمی جسم میں واقع ہوتے ہیں۔ زیادہ عمیق انسحاجات (excoriations) میں رویت یافتہ مصل کے ایک تودہ سے، جو سپید خلیوں اور سرخ جسیمات سے دررِیختہ ہوتا ہو ایک پپڑی بنجاتی ہے، جو بر جلد میں گڑی ہوئی ہوتی ہے۔ اِسکے نیچے قرنی تہہ اور ذراتی تہیں، اور اِسکے مرکز میں ساری بر جلد، غائب ہوتی ہے۔ اِس سے ظاہر ہے کہ اوسط درجے کے کھربنچنے سے تندرست بر جلد گہرائی سے سطح کی طرف مثقوب ہوجاتی ہے۔ کھربنچوں کے بعض نشان مُنقّط ہوتے ہیں اور جرابوں کی چوٹیوں پر واقع ہوتے ہیں، جو حکّہ میں اکثر اپنے محرّک الشعر عضلات کے انقباض کی وجہ سے کھڑی ہوجاتی ہیں۔ اِن انسحاج یافتہ جرابی بثور کو جو خارشت میں خوب نظر آتے ہیں، حکاک کے حقیقی بثور کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں، مثلاً جسمانی تقمّل، میں کھربنچوں کے نشان خطّی ہوتے ہیں، اور جرابوں سے تعلق نہیں رکھتے۔

لیکن انسحاجات کے علاوہ، دو اور قسم کے اضرار ہوتے ہیں جو عرصۂ دراز تک مسلسل کھربنچنے سے پیدا ہوجاتے ہیں، یعنے حکاکی بثور (prurigo papules) اور حزازیت (lichenification) (حزازیت بلیسینئر (lichenisation

=of Besnier- کھر پنچنے کے تعامل کی یہ دو قسمیں اکثر ایک ہی مریض میں بیک وقت موجود ہوتی ہیں -

(۱) حکاکی بثرہ (prurigo papule) باجرے کے دانے اور مٹر کے دانے کی جسامت کے درمیان مختلف ہوتا ہے: مجموعی حیثیت سے وہ حزازہ مسطح (lichen planus) کے ابتدائی بثرہ کی نسبت زیادہ بڑا ہونے کا رجحان رکھتا ہے - عموماً وہ نیم کروی ہوتا ہے، لیکن آخرالذکر کی طرح مسطح بھی ہوسکتا ہے - اُسکا رنگ مختلف ہوتا ہے، کبھی وہ تقریباً طبعی جلد کے رنگ کا ہوتا ہے، اور کبھی سُرخ یا نیلگوں سُرخ، یا زردی مایل بھورے رنگ کا ہوتا ہے - اُسکی سطح چکنی ہموار اور چمکدار، یا چھلکے دار ہوسکتی ہے: اکثر وہ کھر پنچنے کی وجہ سے تسحج اور خون کی پپڑی سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے - نسیجیاتی لحاظ سے یہ بثور بر جلد کے داء الشوکیہ کی وجہ سے ممیز ہوتے ہیں، جسکے ساتھ ذراتی اور قرنی تہوں کی بیش پرورش، اور سپید خلیوں اور ایوسین پسند خلیتوں سے اَدمہ کی درریختگی ہوتی ہے -

(۲) حزازیت (lichenification) - جلد کی بناوٹ کے اِس تغیر کو، جو عرصۂ دراز تک بار بار کھر پنچنے سے پیدا ہوجاتا ہے، براک (Brocq) نے باریکی کیساتھ بیان کیا ہے - یہ کم و بیش عمومی ہوسکتا ہے، یا بعض خطوں میں سختی کے ساتھ محدود المقام ہوسکتا ہے (محدود المقام حکاک =circumscribed prurigo، ویڈال کا سادہ مزمن حزازہ =lichen simplex chronicus of Vidal) - ماؤف حصہ کی جلد نمایاں طور پر دبیز ہوجاتی ہے اور اُسکے قدرتی خطوط زیادہ نمایاں ہوجاتے ہیں، جس سے ایک ایسی پچی کاری کی تصویر پیدا ہوجاتی ہے، جو مُعیّن نما یا کثیرالزوایا، یا مربع رقبوں پر مشتمل ہوتی ہے، جنکی سطحیں پالِش کی ہوئی اور چمکدار نظر آتی ہیں - لیکن بعض اوقات یہ باریک چھلکوں سے، یا کھرچنے کے دوروں کے بعد خون کی پپڑیوں سے، ڈھکے ہوئے ہوسکتے ہیں - حزازہ زدہ جلد کا رنگ مختلف ہوتا ہے - سکون کے زمانوں میں ماؤف رقبہ اکثر گردوپیش کی تندرست جلد کے رقبہ سے محض اسیقدر مختلف ہوتا ہے کہ وہ کسیقدر زیادہ مُلوّن ہوتا ہے: بعض اوقات وہ سیاہ بھورا یا رمادی بھورا، اور بعض اوقات لون ربودہ ہوتا ہے، لیکن دورے

کے بعد وہ عموماً سُرخ اور منسج ہوتا ہے۔ حزازیت کی چکتی کی کوروں پر تقریباً ہمیشہ ایک منطقہ کسیقدر بھوری لونیت کا ہوتا ہے، جو اس سے آگے غیر محسوس طور پر تندرست جلد کے ساتھ ملجاتا ہے۔ اِس منطقہ میں اکثر چھوٹے چھوٹے منفرد چمکدار بثور نظر آتے ہیں، جو چپٹے ہوتے ہیں اور سطح سے بمشکل اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ حکّہ کی وجہ سے کھرینچنے اور رگڑنے سے حزازیت کی یہ حالت طبعی جلد پر تازہ پیدا ہوسکتی ہے، یا وہ ایک ماسبق داء الجلد، مثلاً اکزیما، سیلان الدہنی التہابِ جلد (seborrhœic dermatitis)، تسمیط (intertrigo)، یا مسطح حزازہ کی پیچیدگی کے طور پر ہوسکتی ہے، اور پھر انکو حزازہ زدہ (lichenified) کہتے ہیں۔ کسی خاص اصابت میں ایک اوّلی حکاک کے درمیان جو اکزیما زدہ ہوگیا ہو، اور ایک اوّلی اکزیما کے درمیان جو حزازہ زدہ ہوگیا ہو، تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کے لیے اکثر "اکزیما حکاک" (eczema-prurigo) کی وسیع المعانی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

اب حکاک کی وہ مختلف قسمیں بیان کی جاتی ہیں، جن سے طبیب کو اکثر واسطہ پڑتا ہے:۔

سادہ حکاک (prurigo simplex)۔ سادہ حکاک کی اصطلاح کو (بہ استثنا، چھوٹے بچوں کے سادہ حاد حکاک یا بثوری شریٰ کے) سختی کے ساتھ اُن اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے، جو اُن مخصوص اقسام کے زمرہ میں نہیں داخل ہیں جنکا بیان بعد میں درج ہوگا، اور جنمیں سب سے پہلی علامت ایک تنہا درد حکّہ ہے، یعنے ایسی حکّہ جو نہ تو کسی قابل شناخت بیرونی سبب (مثلاً حیوانی طفیلیات کی سرایت، فطری سرایت یا جراثیمی سرایت) کی وجہ سے ہوا اور نہ دواؤں یا غذاؤں کے تسمم کے سبب سے پیدا ہوئی ہو۔ لیکن سادہ حکاک کی محدود المقام شکلوں کو بیان کرتے وقت حکّۃ المبرز اور حکّۃ الفرج کو بھی شامل کرنا زیادہ سہولت کا باعث ہے، جنکا انحصار ایک خالصتہً مقامی سبب پر ہوسکتا ہے۔

محدود المقام حکاک (circumscribed prurigo) ویڈال کا سادہ مزمن حزازہ = 'lichen simplex chronicus of Vidal

عصبی ادمی التہاب = (neuro-dermatitis)۔ جلد کے ماؤف رقبہ کے ممیز تغیّرات حزازیت کے تغیرات ہوتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ اِسکے انتخابی مقامات حسب ذیل ہیں:۔ جلد الراس کا قذالی خطّہ (یہ تحیّز تقریباً صرف عورتوں میں ہوتا ہے) گردن کی پشت یا اطرافِ گردن، پیش مرفقی حفرات، کہنیاں، اور زندی ہڈی پر پیش بازوؤں کی پچھلی سطح کا بالائی حصہ، رانوں اور ٹانگوں کی بیرونی سطحیں، مابضی فضائیں اعضائے تناسل اور بُن ران، عجزی اور عصعصی خطّے، بین سرینی درز اور عجان۔

ابتدائی علامت سادہ حکّہ ہے، جو وقفوں کے ساتھ ہوتی ہے اور ابتداءً اکثر محض خفیف ہوتی ہے۔ بتدریج یہ کھجلی زیادہ شدید ہوتی جاتی ہے، حتیٰ کہ حقیقی دورے ہونے لگتے ہیں جو اکثر شبانہ ہوتے ہیں، اور مریض بے تاب ہو کر اُس حصہ کو کھرچنے یا رگڑنے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ نیند کی حالت میں ہو یہانتک کہ حرجہ سے مریض جاگ اُٹھے۔

کامل طور پر قائم ہونے کے بعد محدود المقام حکاک کی ایک چکتی تین منطقے پیش کرتی ہے، ایک غیر واضح، بشکل دبیز بیرونی منطقہ لونیت کا، جس میں قدرتی خطوط میں کسیقدر مبالغہ ہو جاتا ہے اور چند منفرد چمکدار مسطح بثور یا "روبکیں" موجود ہوتی ہیں: ایک درمیانی منطقہ جنمیں قدرتی خطوط کا زیادہ مبالغہ ہوتا ہے اور اِنکے درمیان کی جلد کے حصّے بثوری شکل اختیار کر کے چمکدار اور منسجج ہو جاتے ہیں، اور ایک مرکزی رقبہ، جنمیں حزازیت کے یہ تغیّرات درجۂ اتم کو پہنچ جاتے ہیں، اور یہ رقبہ دررہختہ، بیش ملوّن یا لون ربودہ، اور بلحاظ اُس خطّے کے جو کہ ماؤف ہوا ہے چھلکے دار یا تطعین یافتہ ہو جاتا ہے۔ اکثر اوقات ان منطقوں کو صاف صاف شناخت کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ ایسے حصّوں، جیسے کہ بھوؤں، بغلوں، عانہ، اور بازوؤں اور ٹانگوں کی باسط سطحات پر مسلسل ملنے اور رگڑنے کی وجہ سے بال فرسودہ ہو جاتے ہیں، اور ایک برش کے کڑے بالوں کی طرح سخت اور سید ھے ہوتے ہیں۔

ایک چکتی سالہا سال تک جاری رہ سکتی ہے، اور اُسکی دررہختگی امتداد زمانہ کے ساتھ بڑھتی رہتی ہے۔ بعض اوقات نئی چکتیاں پیدا ہو جاتی ہیں،

اور پرانی چکیتوں میں کھجلی موقوف ہو کر انحلال واقع ہو جاتا ہے، جسکے بعد ایک لونیت دار رقبہ باقی رہ جاتا ہے۔ اکثر نہ صرف گرد و پیش کی جلد کی ایک متلازم بیش لونیت ہوتی ہے، بلکہ محدود المقام حکاک اکثر اوقات ایسے مریضوں میں دیکھا جاتا ہے جو برص (vitiligo) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اگرچہ محدود المقام حکاک کی ایک چکیتی کے معروضی مناظر حزازیت کے ہوتے ہیں، جسکا پہلے تذکرہ ہو چکا ہے، تاہم حکّۃ المبرز اور حکّۃ الفرج میں وہ اِن حصوں کی مخصوص ساخت کی وجہ سے ترمیم یافتہ صورت میں ہوتے ہیں۔

حکّۃ المبرز (pruritis ani) میں ماؤف رقبہ عموماً سرسری طور پر عضلۂ مکمش الجلد المبرز (corrugator cutis ani muscle) سے متناظر ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ ماؤف رقبہ حقیقۃً معاء مستقیم کے اندر تک پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ مردوں میں یہ کھجلی اکثر آگے کی طرف صفن کی وسطی سیون تک، اور عورتوں میں فرج تک پھیلتی ہے۔ بعض مریضوں میں، اگرچہ انکی حکّہ شدید ہوتی ہے گرد مبرزی جلد میں بہت کم معروضی تغیّر ہوتا ہے۔ لیکن بالعموم یہ جلد عموماً موٹی، نم، اور سپیدی مائل رنگ کی ہوتی ہے، اور اسمیں درریختہ شکنیں پڑ جاتی ہیں، جنکے درمیان اکثر اوپری شقاقات پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات سطح ملتہب، اکزیمائی اور پپڑی دار ہو جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں ذبولی تغیّرات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور جلد پرانے کمائے ہوئے چمڑے کی طرح شاحب اور مردہ نظر آنے لگتی ہے۔

حکّۃ الفرج (pruritis vulvæ) میں ممکن ہے کہ حکّہ سختی کے ساتھ ایک یا دونوں شفرتین کبیر کے بالائی حصے تک محدود ہو، جو حزازہ زدہ ہو جاتا ہے، یا زیادہ عام طور پر شفران کبیر و صغیر اور بظر کے آس پاس کا حصّہ، یہ سب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عرصۂ دراز تک کھرچنے کے باعث یہ حصّے موٹے اور بیش پروردہ ہو جاتے ہیں۔ یہ خشک یا نم یا منسج، اکزیمائی اور پپڑی دار ہو سکتے ہیں۔ اکثر اوقات جبل الزہرہ اور چڈوں کی جلد اور رانوں کی اندرونی سطحات کی جلد حزازیت کے تمثیلی مناظر پیش کرتی ہے، اور حکّہ نیچے کی طرف گرد مبرزی خطّہ تک پھیل جاتی ہے۔ جیسا کہ حکّۃ المبرز میں ہوتا ہے، مزمن اصابتوں میں ذبول طاری ہو جانے کا امکان ہوتا ہے،

بالخصوص معمّر عورتوں میں، اور یہ مناظر پژمردگئ فرج (kraurosis vulvæ) سے مشابہت پیدا کر دیتے ہیں۔

نسیجاتی لحاظ سے محدود المقام حکاک کی حزازہ زدہ جلد کے تغیرات، جس قدر توقع ہو سکتی ہے اُسکی نسبت بہت کم نمایاں ہوتے ہیں۔ حُلیمی جسم میں کسیقدر خلوی دَرریزش ہوتی ہے، اور اسکے ساتھ بَرجلد میں داءالشوکیہ اور بین حُلیمی زائدوں کی تطویل ہو جاتی ہے۔

منتشر سادہ حکاک (diffuse simple prurigo)۔ کم و بیش عمومی حکّہ کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ جلد میں حیرتناک طور پر کم تغیّر ہو، گو حکّہ بہت کہنہ اور طویل المدت ہو۔ اِسکے برعکس ممکن ہے کہ قسم قسم کے مرئی اضرار موجود ہوں، یعنے منفرد حکاکی بثور، حزازیت کے وسیع رقبے، کھرینچوں کے خطّی نشان، نسیج جرابی بثور، اور اکیزمائیت۔ مجموعی حیثیت سے جلد سخت، خشک، دبیز، اور ملوّن ہونے کا رجحان رکھتی ہے: بعض مریضوں میں یہ لونیت اسقدر شدید ہوتی ہے، خاصکر گردن کے گرد اور تعریجات میں، کہ اُس سے مرضِ اَیڈیسن (Addison's disease) کی یاد تازہ ہوتی ہے۔

جیسا کہ محدود المقام قسم میں ہوتا ہے، اِسمیں بھی کھُجلی کے دَورے نوبتی ہوتے ہیں۔ اگرچہ یہ دَورے عموماً جذباتی بار، غیر معمولی محنت و مشقّت، سرد ماحول سے گرم ماحول میں، یا گرم ماحول سے سرد ماحول میں منتقل ہونے سے، دن کے وقت بھی ہو سکتے ہیں، مگر یہ زیادہ عام طور پر شام میں جبکہ مریض تھکا ہوا ہوتا ہے، اسوقت جبکہ وہ سوتے وقت کپڑے اُتارتا ہے، یا علی الصباح شروع ہوتے ہیں۔

علاج - اِس مرض کی مقامی اور عمومی دونوں قسموں کے کامیاب علاج کا انحصار تمامتر ہر انفرادی اصابت کی تحقیق و تفتیش پر ہوتا ہے۔ بیرونی عاملاتِ محرِّکہ اور غذا، طرزِ زندگی، نفسیاتی حالت، اور تحوّل، جو مریض کے بول اور خون کے امتحان سے ظاہر ہو، اِن سب پر غور کرنا چاہیئے، اور تسمم الدم کے ذرائع، مثلاً ماسکی عفونت اور حد سے زائد معائی گندیدگی کی جستجو کرنی چاہیئے۔ عمومی قسم میں، اور محدود المقام حکاک کی بعض اصابتوں میں، مناسب عمومی اور مقامی علاج

کے علاوہ ممکن ہے کہ حساسیت ربائی کے مختلف طریقوں میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کرنا ضروری ہو، مثلاً پپٹون (peptone) کا دروں وریدی یا دروں عضلی اشراب اور خودزاد دموی یا خودزاد مصلی علاج۔

مقامی علاج خاصکر محدود المقام قسم کے مرض میں منفعت بخش ہوتا ہے اور خام کولتار کے لگانے، یا شعاعی علاج سے عموماً بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ اول الذکر کو، جسے قلّی کی زیادتی کو خارج کرنیکے لئے پہلے دھولیا جاتا ہے غیر مرقق شکل میں لگاکر خشک ہونے دینا چاہئے، اور پھر اسپر سفوف چھڑک دینا چاہئے۔ یا اُسے اسیٹون کلوڈیئن (acetone-collodion) ملاکر مرقق کیا جاسکتا ہے، یا لئی کی صورت میں تجویز کیا جاسکتا ہے۔ شعاعی علاج بطور دافع حکّہ، اور حزازیت کی مزمن در ریختہ جلیتیوں کے انحلال کی غرض سے، دونوں طرح نہایت مفید ہے، لیکن اسکے بہت بار بار لگانے سے خطرناک نتائج پیدا ہو گئے ہیں۔ عمومی حکّہ میں (بجز اُن اصابتوں کے جنمیں اُسکے ساتھ جلد کی حد سے زائد خشکی موجود ہو، مثلاً قلوی صابنوں یا دوسری شحم ربا اشیاء کے بکثرت استعمال سے)، مقامی علاج صرف ایک تخفیفی اثر رکھتا ہے، مگر مبرّد غسولات یا زبدات جنمیں فینال، مینتھال، اور ٹار موجود ہو کھجلی کو عارضی طور پر روک کر مریض کو سوجانے کا موقع دیتے ہیں۔

حکّۃ المبرز اور حکّۃ الفرج کے مقامی علاج میں سبب مرض کی کامل تحقیقات کی ضرورت ہے، مثلاً کرم امعاء، بواسیر، شقاقات، عسر التبرز (dyschezia)، اور جراثیم یا فطرات سے اِن حصّوں کی سرایت حکّۃ الفرج کی اصابتوں میں شکر بولیت ہمیشہ خارج از بحث کرلینی چاہئے۔ یہ مانیلیا کے ساتھ ان حصّوں کی سرایت کی استعداد پیدا کرتی ہے، چنانچہ مانیلیا سے ایک حاد اکزمائی التہاب الجلد پیدا ہوسکتا ہے۔ اس امر پر جتنا زور دیا جائے کم ہے کہ تاوقتیکہ سبب سے زیادہ ممکن سبب معیّن نہو جائے شعاعی علاج ہرگز استعمال نہیں کرنا چاہئے اور مزید براں اسے صرف اُسوقت استعمال کرنا چاہئے جبکہ دوسری تمام تدبیریں ناکام ثابت ہوچکیں۔ حکّہ کی بہت سی اصابتیں بین سُرینی درز کی تسمیط 916

(intertrigo of internatal cleft) کی وجہ سے ہوتی ہیں، جو یا تو نبقہ سبحیہ کی سرایت سے پیدا ہوجاتی ہے جسکے ساتھ نبقی سبحی شقاقات ہوتے ہیں، یا برآدمی فطر (apidermophyton) یا ایک مانیلیا (monilia) کی سرایت سے، اور انکے لئے آیوڈین کا ہلکا صبغیہ (dilute tincture of iodine) یا سلور نائٹریٹ کا محلول لگا دینا، یا بینزائک سیلی سلک ایسڈ یا سلفر سیلی سلک ایسڈ کا مرہم ملنا مناسب اور شفا بخش علاج ہوگا۔ عورتوں میں یہ مرض عموماً اس جبلی مواد کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے، جو اکثر مزمن عنقی سرایت (chronic cervical infection) کی وجہ سے خارج ہوا کرتا ہے، چنانچہ ہر اصابت میں ایک ماہر فن کے ذریعہ حوضی امتحان کے لئے اصرار کرنا چاہئیے۔ حکۃ المبرز اور حکۃ الفرج کی بعض اصابتوں میں کسی مقامی سبب کا پتہ نہیں چلتا، لہٰذا ایسی صورتوں میں نفسیاتی مبداء کے امکان پر غور کرنا چاہئیے۔ ساری تسمیط (infective intertrigo) کے باعث پیدا ہونے والی اصابتوں، اور دوسری اصابتوں، دونوں میں خام کولتار کی لئی (crude coal-tar paste) ایک نہایت نفع بخش مقامی لاسقہ ہے، جسے رات کے وقت اچھی طرح لگانا چاہئیے، اور دن کے وقت اسکے بجائے ایک سادہ لئی یا چھڑکنے کا سفوف استعمال کرنا چاہئیے۔

سادہ حاد حکاک

(prurigo simplex acutus)

(بثوری شری = urticaria papulosa)

(شری حزازہ = lichen urticatus)

(حمرمہ = strophulus)

یہ ثوران تقریباً استثنائی طور پر ایک اور آٹھ سال کی عمروں کے درمیان کے نوعمر بچوں میں پایا جاتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ اسکے بعد، بلکہ ریعان میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ معمولی شری شیرخواروں میں نہایت شاذ ہے۔ یہ ثوران چمکدار سرخ شری اضرار پر مشتمل ہوتا ہے جنکے مرکز میں ایک چھوٹا صلابتی بثرہ ہوتا ہے، جو

اِرد گرد کے احمرار اور اُذیما کے رفع ہونے کے بعد قائم رہتا ہے۔ چنانچہ ایسے متعدد چھوٹے چھوٹے، چھترے نما، بھورے سے رنگ کے بثور تازہ شری ددوڑوں کے ساتھ ملے جُلے نظر آسکتے ہیں۔ یہ طفح شدید خارش پیدا کردیتا ہے، اور چونکہ یہ شام کے وقت سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ہونے کا امکان رکھتا ہے، لہٰذا بچہ اکثر رات کو جاگتا ہوا اور خود کو کھرینچتا اور مَسلتا ہوا رہتا ہے۔ دن کے وقت یہ کھجلی غیر موجود یا خفیف ہوسکتی ہے۔ کھرینچنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ بثور پر خون کی چھوٹی پپڑیاں جم جاتی ہیں، اور ریم زا نبقات سے ثانوی سرایت ہوجاتی ہے، جسکی وجہ سے قائحات، حصفہ دار اضرار اور بعض اوقات نافطی قرحے بنجاتے ہیں۔ پھر یہ ثوران خارشت (scabies) کے ثوران سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ بعض اوقات ارتشاح اس قدر زیادہ ہوسکتا ہے کہ حقیقی آبلے بنجاتے ہیں، اور نہایت شاذ صورتوں میں بڑے چھالے پیدا ہوجاتے ہیں، اور اکثر اوقات بثوری شری کی یہ آبلہ دار قسم غلطی سے جُدیری یعنے کنکر پتھر (chicken pox) سمجھ لی جاتی ہے۔

مزمن اصابتوں میں بثور، جو ابتداءً مخروطی ہوتے ہیں، چپٹے، چمکدار اور زاویٔ ہوجانے کا امکان رکھتے ہیں اور کبھی کبھی اُنمیں ایک مرکزی گڑھا ہوتا ہے۔ اسطرح ممکن ہے کہ وہ مسطح حزازہ (lichen planus) کے بثور سے نہایت قریبی مشابہت رکھیں۔ فی الحقیقت بعض اصابتیں جو رضیعی مسطح حزازہ (lichen planus infantum) کی مثالیں سمجھ لی گئی تھیں بعد میں دراصل بثوری شری (urticaria papulosa) ثابت ہوئیں، اگرچہ نوعمر بچوں میں کبھی کبھی حقیقی مسطح حزازہ بھی ہوتا ہے۔ بعض بچوں میں بثوری شری کے حاد حملے کبھی کبھی ہوجاتے ہیں، عموماً موسم گرما میں، اور ان حملوں کے درمیان میں یہ ثوران مطلقاً نہیں ہوتا۔ دوسروں میں یہ مرض مزمن ہوتا ہے، اور حاد اشتدادات وقتاً فوقتاً ظاہر ہوتے رہتے ہیں لیکن بالعموم یہ موسم گرما میں شدید ترین ہوتا ہے۔ بالعموم یہ سات یا آٹھ سال کی عمر سے آگے جاری نہیں رہتا۔

بحث اسباب۔ معمولی شری اور حکاک کی مزمن قسموں کی طرح، بثوری شری بھی حساسیتی حالت کے جلدی مظاہر میں سے ایک مظہر ہے۔ یہ دو مختلف قسموں کے

بچوں میں پایا جاتا ہے ___ یعنے ایک تو تشحیم، یا شاید زیادہ صحت کے ساتھ کہا جائے
تو "آبی"، "آرام طلب"، اور اکثر کساحتی بچہ میں، جیسے مخاطی اغشیہ کی مزمن نازلت کا
رجحان ہوتا ہے اور زیادہ گندیدگی کے باعث بدبودار براز ہوتا ہے۔ اور دوسرے دُبلے
عصبی المزاج، جذباتی بچہ ہیں۔ اکثر اِس بثوری شری سے پہلے، اِسکے ساتھ، یا
اِسکے بعد دوسری حساسیتی علامات ہو سکتی ہیں، جیسا کہ حکاک بسیبنیر کے تحت بیان کیا
917 گیا ہے اصلی ثوران بالعموم ایک اینٹی جن کی وجہ سے ہوتا ہے، جو حساس شدہ جلد تک پہنچ کر
اَدمہ میں ایک جیبز اور مخصوص تعامل پیدا کر دیتا ہے جسپر ابتدائی ضرر یعنے بثرہ کا انحصار ہوتا
ہے۔ اغلب ہے کہ اگر تمام اصابتوں میں نہیں تو اُنکی اکثریت میں اِس اینٹی جن کا مبداء
غذائی خطہ ہوتا ہے، جیسا کہ حکاک بسیبنیر میں ہوتا ہے۔ سریریاتی تجربہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ
یہ اینٹی جن اِسس مرض کے لئے مخصوص اور نوعی نہیں ہوتا، مگر ممکن ہے کہ اُس فرد کے
لئے شاذ صورتوں میں ایسا ہو، کیونکہ اِن اصابتوں کی اکثریت میں نوعی غذائی حساسیت
کا کوئی ثبوت نہیں ملتا، لیکن کبھی کبھی ایک غذا اور صرف ایک ہی غذا ایسی پائی جاتی
ہے جو حملہ کی تحریک پیدا کر دیتی ہے، مثلاً کیلے یا انڈے۔ اِس مرض کا ایک نہایت
نمایاں خاصّہ (45) یہ ہے کہ جب اِس بچہ کو شفاخانہ میں داخل کیا جاتا ہے تو یہ ثوران
فوراً غائب ہو جاتا ہے، اور وہاں پھر پیدا نہیں کیا جا سکتا ہے، لیکن جب بچہ گھر واپس
آتا ہے تو پھر نمودار ہو جاتا ہے۔ یہی بیان کسی حد تک دوسرے حساسیتی امراض پر بھی
صادق آتا ہے۔ دیدانِ خیطیہ (threadworms) اکثر شری بچوں کی ناتندرست
نازلتی آنت میں نشوونما پاتے ہیں، اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ ممکن ہے کہ یہ کرم اِس
اینٹی جن کو پیدا کر دیتے ہوں۔ مصلی کیلسیئم کی کمی ہوتی ہے، اور کیلسیئم کے ملحات کے
استعمال کی تائید کی گئی ہے۔ دانت نکلنا ایک اہم تسبیبی عامل سمجھا گیا ہے، اور ممکن
ہے کہ اِسکے ساتھ جو عصبی بےچینی اور بےخوابی ہوتی ہے، وہ حساس شدہ بچہ
ہضمی نظام پر خراب اثر کرکے، اینٹی جن کے انجذاب میں ممد ہو کر یہ حملے پیدا کر دیتی
ہو، لیکن ہم معکوس خراش کے راست اثر کے امکان کو نظرانداز نہیں کر سکتے۔

مرضی تشریح۔ اُن حصفہ دار (impetiginous) یا قائحی قروح کے
علاوہ جو کھرچنے کی وجہ سے متزاد ریم آفرین سرایت سے پیدا ہو جاتے ہیں، بثوری

ثری کے اضرار تعداد میں تین ہوتے ہیں: ۱۔ ثری ددوڑا، مرکزی بثرہ، اور زیادہ شاذ صورتوں میں، آبلہ یا پھپولا۔ انمیں سے بثرہ سب سے زیادہ ممیز ہوتا ہے۔ یہ اَدمہ کے اُذیما سے بنجاتا ہے، جسکے ساتھ ایک عرق کے گرد لمفی خلیوں کی درریزش ہوجاتی ہے۔ یہ درریزش ایک عرق کے مُمر میں اَدمہ (dermis) میں اُسکے مبدأ سے لیکر بالائی اَدمہ (corium) تک اور حُلیمی جسم میں اُسکے تفرّعات میں پھیل جاتی ہے۔ یہ عرق بثرہ کا محور ہوتی ہے، جسکی تکمیلی شکل کی توجیہ خلوی درریزش سے ہوتی ہے، جو اُس کی چوٹی پر پھیل جاتی ہے، اور اُسکا مقابلہ ایک کیلے سے کیا جاسکتا ہے جیسے حقیقی جلد کے اندر کھڑا اگاڑ دیا گیا ہو۔ لمفی خلیوں کے علاوہ، بالائی اَدمہ میں ایوسین پسند سپید خلیوں کی درریزش بھی ہوتی ہے، اور یہ عروق کے اِردگرد اور اُن سے دور تک، دونوں طرح واقع ہوتی ہے۔

بعض بثور میں تنہا یہی اَدمہ کے تغیرات پائے جاتے ہیں، لیکن اُنکی اکثریت میں بَرجلد بھی ماؤف ہوتی ہے۔ برجلدی اضرار تمامتر کھرینچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور وہ درجۂ ضربیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مالفیجی تہوں کا محض خفیف سا اُذیما ایک نواتی بروں خلویت کے ساتھ ہو، یا مالفیجی جسم کا واضح تشقق ایک دروں برجلدی آبلہ کی تکوین کے ساتھ ہو، جسکی چھت صحیح وسالم قرنی تہ اور بالائی مالفیجی تہوں سے بنتی ہے، فرش شبکہ کے زیریں حصہ سے بنتا ہے۔ یا بالآخر ایک پھپولے کی، جو براہ راست حُلیمی جسم پر مقیم ہوتا ہے، اور جسکی جگہ ایک مصلی پپڑی پیدا ہوجاتی ہے۔ وہ بڑے پھپولے دار اضرار، جو بعض اوقات بثوری ثری میں پائے جاتے ہیں، بالخصوص اُن حصّوں پر ہوتے ہیں جہاں قرنی تہ موٹی ہوتی ہے اور پھٹنے کا کم رجحان رکھتی ہے۔

تشخیص۔ اِس مرض کو خارشت (scabies)، حکاکِ ہیبرا (Hebra's prurigo)، بُدیری یا کنکر پتھر (varicella)، اور مسطّح حزازہ (lichen planus) سے تمیز کرنا پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ خارشت سے اِسکی تشخیص مشکل ہو، لیکن اگر احتیاط کے ساتھ جستجو کیجائے تو خارشت والے بچوں میں جلد کے اندر نقبیں تقریباً ہمیشہ مل سکتی ہیں۔ حکاک ہیبرا خاصکر اطراف زیریں کو ماؤف کرتا ہے

تعریجی سطحوں کو چھوڑ دیتا ہے، اور اُسکے ساتھ عموماً اربی غدد کا التہاب ہوتا ہے۔
اگر غور کے ساتھ مشاہدہ کیا جائے تو پھپولے دار بثوری شری (bullous
urticaria papulosa) اور کنکر پتھر کے درمیان کبھی خلط ملط نہیں ہو سکتا؛
مسطح حزازہ بچوں میں نہایت شاذ ہے، اور اُس کے بثور سے پہلے شری
دَدوڑے نہیں ہوا کرتے۔

علاج ۔ کامیاب علاج بڑی حد تک ہر انفرادی اصابت کی تحقیق پر منحصر
ہوتا ہے ۔ دیدان خیطیہ، زیادتیٔ مخاط، اور غیر منہضم غذاؤں کیلئے براز کا امتحان کرنا
چاہئے، نیز براز کا جرثومیاتی امتحان کرنا چاہئے۔ شحیم، شاحب رُو اور نازلتی بچہ کی حالت میں
گنّے کی شکر اور نشاستہ دار غذاؤں، خاصکر معمولی روٹی اور دودھ کے پڈنگ کو غذا
سے خارج کردینا چاہئے ۔ لیکٹوز یا گلوکوز گنّے کی شکر کے بجائے دینا چاہئے، اور
نشاستہ دار غذاؤں کو ایسی شکل میں دینا چاہئے کہ جسمیں کامل طور پر چبانے کی 918
ضرورت پڑے ۔ دُبلے اور عصبی المزاج بچہ میں، جسکے براز میں عموماً زیادہ گندیدگی کے
آثار پائے جاتے ہیں، گوشت اور مچھلی کو غذا سے خارج کردینا چاہئے یا اُنکی مقدار
اقل ترین کردینا چاہئے، اور ایسی غذا تجویز کرنا چاہئے جسمیں خستہ نشاستہ دار غذا،
سبزیاں، پکائے ہوئے پھل، اور لیکٹوز یا گلوکوز بکثرت شامل ہوں۔ اِس امر کے متعلق
احتیاط کے ساتھ تلاش کرنا چاہئے کہ آیا کوئی خاص غذائیں، مثلاً کیلے، کھٹّے پھل یا انڈے
تو حملے نہیں پیدا کردیتے، اور اگر ضرورت ہو تو جلدی غذائی کاشفات عمل میں لانے
چاہئیں۔

داخلی طور پر کیلومل (calomel) یا گرے پاوڈر (gray powder) کی
خفیف مقادیر رات کے وقت اور مسچورا البا (mist. alba) ایک ڈرام سے
لیکر نصف اونس تک چند روز تک تجویز کرنا چاہئے، اور ایک تلخ قلوی آمیزہ
(alkaline bitter mixture)، جسمیں ریوند چینی کا مرکب صبغیہ (conipound
tincture of rhubarb) شامل ہو، تین خاص کھانوں سے نصف گھنٹہ پہلے
دینا چاہئے۔ اِس ابتدائی علاج کے بعد، کیلسیم لیکٹیٹ، سیرپ کیلسی لیکٹوفاسفاٹ
(syrup calci lactophosphat) کی صورت میں اکثر بہت نفع بخش ہوتا ہے۔

شدید اصابتوں میں رات کے وقت کلورل اور برومائیڈ کے آمیزے (chloral & bromide mixture) کا عارضی استعمال جائز ہے۔ بعض اوقات پپٹون (peptone)، پپٹونال یا پپٹلمائن (peptonal or peptalmine) کی شکل میں غذا سے ایک گھنٹہ پہلے دیا جائے تو کامیاب معلوم ہوتا ہے۔ لباس ہلکا اور مسامدار ہونا چاہیئے، اور بچہ کو جہانتک ممکن ہو گھر سے باہر رکھنا چاہیئے۔ دشوار علاج اصابتوں میں اصلی یا مصنوعی شمسی علاج (heliotherapy) بہت مفید ہوتا ہے۔ حملوں کے دوران میں رات کے وقت گرم غسل کرنا چاہیئے، جسمیں ۱-۲ اونس لائکر پپسس کاربونس (liq. picis carbonis) ملایا جا سکتا ہے، اور اسکے بعد جلد پر گرم کیا ہوا نشاستہ کا سفوف چھڑکنا چاہیئے۔ اگر کھرچنے سے جلد کی عفونتی سرایت پیدا ہو گئی ہے تو بورک کے غسل (boric baths) یا ایک بورک کی یا ہلکے سیمابی مرہم سے اُس کی روک تھام ہو جائے گی۔

حکاکِ ہیبرا

(prurigo of Hebra)

(وحشتناک یا خوفناک حکاک = prurigo ferox vel agria)

حکاک کی یہ قسم، جسے ابتدائً ہیبرا ہی نے صاف طور پر بیان کیا، ایسے ممیّز خصائص پیش کرتی ہے کہ اسے بھی حکاک بیسینئر کی طرح ایک واضح سریری ذات سمجھنا چاہیئے۔ اگرچہ یہ دونوں قسمیں بالکل جداگانہ ہیں، مگر بدقسمتی سے انھیں خلط ملط کر دیا جاتا ہے۔ حکاکِ ہیبرا، جو شاذ ہے، عموماً ابتدائی بچپن کے زمانے میں دوسرے سال سے لیکر پانچویں سال کی عمر تک شروع ہوتی ہے: یہ امر کہ وہ بعض اوقات معمولی پتوری تُھری پر مستزاد ہو جاتی ہی مشکوک ہے۔ اسکا ابتدائی ضرر ایک بثرہ ہے جو سریریاتی اور نسیجیاتی خصائص دونوں میں پتوری تُھری کے بثرہ سے مختلف ہوتا ہے۔ بشرطیکہ یہ بثرہ کھرچنے سے تبدیل نہ ہوا ہو، یہ چھوٹا، بہت سخت، اور خشک ہوتا ہے۔ دیکھنے کی نسبت چھونے سے یہ زیادہ آسانی سے محسوس ہو سکتا ہے، کیونکہ یہ بہت ہی کم اُبھرا ہوتا ہے، اور جب جلد میں یہ مدفون معلوم ہوتا ہے اُسکے

رنگ سے بمشکل مختلف ہوتا ہے۔ لیکن کھرچنے کے اثر سے یہ منسج ہوجاتا ہے اور ایک برا فتادہ خون آلود پپڑی سے اسکی نوعیت پوشیدہ رہتی ہے۔ اِس پپڑی کے نکل جانے کے بعد ایک چھوٹا ندبہ باقی رہ سکتا ہے۔

کامل طور پر قائم ہونے کے بعد یہ مرض ایک ممیز تصویر پیش کرتا ہے۔ جلد کے ماؤف حصّے خاصکر جوارح کی باسط سطحات، بازوؤں کی نسبت رانیں اور ٹانگیں زیادہ تر، اور نسبتہً کم حد تک دھڑ اور چہرہ ہوتے ہیں۔ حکاک بیسنیئر کے برعکس اِسمیں جوڑوں کی تعریجات محفوظ رہتی ہیں، نیز ہتھیلیاں اور تلوے بھی محفوظ رہتے ہیں۔ عرصۂ دراز تک بہ شدت کھرچنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ ماؤف مقامات کی جلد سخت اور کھردری، موٹی اور گہرے رنگ کی ہوجاتی ہے۔ وہ انسحاجات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جنمیں سے بعض خطی ہوتے ہیں، اور بعض آلپین کی نوک جیسے اور جرابی۔ ابتدائی بثور شناخت کئے جاسکتے ہیں، لیکن اُنپر پپڑیاں جمی ہوئی ہوتی ہیں، اور وہ سابقہ اضرار کے سپیدی مائل ندبات کے ساتھ ملے جُلے ہوتے ہیں۔ ثانوی اکزیمائیت یا حصفیت عام ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ تصویر گہرے ناقطی قروح کی وجہ سے پیچیدہ ہوجائے۔ کھرچنے سے زغب فرسودہ ہوجاتے ہیں، اور یا تو چھوٹے کرڑے بالوں کی طرح کھڑے ہوجاتے ہیں یا بالکل غائب ہوجاتے ہیں۔ جلد کے اُن حصوں پر جو کم ماؤف ہیں، وہی جرابی انتصاب نظر آتا ہے جو حکاک کی دوسری قسموں میں پایا جاتا ہے، اور محرک الشعر عضلات کے انقباض کی وجہ سے ہوتا ہے۔ چڈوں کے غدود، اور اِن سے کمتر بغلوں کے غدود کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ جلد کے ممیز تغیرات اور مرض کی مخصوص توزیع کی وجہ سے اِس حالت کی تشخیص آنکھیں بند کرکے مریض پر ہاتھ پھرانے سے کیجا سکتی ہے۔ خون کے اندر ایوسین پسند خلیوں کی بڑی کثرت پائی جاتی ہے۔ حکاک کی اِس قسم میں مبتلا مریض قلیل التغذیہ، اور خوف زدہ ہوتے ہیں، اور انھیں کوئی سنبھالنے والا نہیں ہوتا۔ متواتر خراش اور اسکی وجہ سے نیند نہ آنے کے سبب سے اُنکے جسمانی نمو اور اُنکی ذہنیت دونوں پہ خراب اثر پڑتا ہے۔

919 اِس مرض کی ایک نسبتہً خفیف شکل (حکاک خفیف = prurigo mitis)

بھی ہوتی ہے، جسمیں ابتدائی بثور اور اُنکی توزیع ایسی ہی ہوتی ہے، لیکن ثانوی انسحاجات، حزازیت، اور لَونیت کم نمایاں، اور غُددی کلانی خفیف ہوتی ہے۔

بحث اسباب ۔ حکاکِ ہیبرا لڑکیوں کی نسبت لڑکوں میں زیادہ کثیرالوقوع ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ نسلیت (کیونکہ یہ مرکزی یورپ میں عام ترین ہے) اور افلاس نمایاں عاملات مُعِدّہ ہیں۔ یہ یقینی امر ہے کہ یہ ایک عصا سیتی مظہر ہے، جسکا مقابلہ بثوری شری اور حکاکِ بسینیئر سے کیا جا سکتا ہے، لیکن یہ معلوم نہیں کہ آیا اینٹی جَن جو اسکا سبب ہے وہ نوعی ہے، یا یہ مرض شری کی طرح، مختلف الاقسام اینٹی جَنوں کے جِلدی تعامل کی ایک خاص شکل ہے؟ ایک حالت میں صفار (ascarides) اِسکا مبداء معلوم ہوئے۔ راقم الحروف نے دوسرے مصنفین کے مشاہدات کی تصدیق کرتے ہوئے حال ہی میں ایک مریض کو شفاخانہ میں داخل کیا اور اگرچہ اِسکے لئے کسی قسم کا کوئی علاج نہیں تجویز کیا گیا، حکاک فی الفور موقوف ہوگئی، اور ایک ہفتہ کے اختتام پر اُسکی جلد میں نمایاں طور پہ بہتر تغیّر پایا گیا۔ مریض کے گھر واپس ہونے پر فوراً عودِ مرض ہوگیا۔

مرضی تشریح ۔ بثوری شری کی طرح، اصلی ضرر ایک بثرہ ہوتا ہے، جسمیں اوّلی تغیّرات آدمی ہوتے ہیں، اور برجلد کے تغیّرات گھر پہنچنے کے بعد ثانوی ہوتے ہیں۔ ابتدائی بثرہ بالائی آدمہ میں کثیرالاشکال یک نواتی سپید خلیوں کی کثیف دررِیزش سے بنجاتا ہے۔ یہ خلیے عروق دمویہ سے نکلنے کے بعد بہ سرعت انحطاط پذیر ہوتے ہیں۔ انحطاط یافتہ سپید خلیوں کا یہ تودہ، کثیرالاشکال یک نواتی خلیوں کے ایک اور زیادہ منتشر دررِیزش کا مرکز بناتا ہے جو سارے بالائی آدمہ اور حلیمی جسم میں واقع ہوتے ہیں، لیکن ان خلیوں میں انحطاطی تغیّرات رونما نہیں ہوتے۔ اِنکے ساتھ ہمیں عروق کے گرد چند لمفی خلیات بھی ملتے ہیں۔ اُذیما بہت کم ہوتا ہے یا کچھ نہیں ہوتا، لیکن لیفی ناہضات کا کسیقدر تکاثر ہوتا ہے۔ برجلدی تغیّرات مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ منتشر حزازیت کے تغیّرات ہوں، یا مالفیجی تہوں کے تنخر کے ساتھ اِکتہاف ہو، جسکا تذکرہ پہلے بثوری شری میں کیا گیا ہے۔

تشخیص ۔ اِسمیں کوئی مشکلات پیش نہیں آتے، کیونکہ مرض کی توزیع لونیت،

منسیج کھردری جلد، اور متلازم غدّی کلانی ممیز صفات ہوتے ہیں۔ یہ دیکھا جائیگا کہ پیش مرفقی حُفرات اور مابضی فضائیں جو حکاک بیسنیئر میں انتخابی مقامات ہوتے ہیں، محفوظ رہتی ہیں۔

علاج۔ ہماری معلومات کی موجودہ حالت میں، اصلی علاج یہ ہے کہ بچے کو اُسکے گھر کے ماحول سے علٰحدہ کرکے دیہات میں رہنے کو بھیجدیا جائے، جہاں وہ بیرون خانہ وقت گزارے اور وافر مخلوط قسم کی غذا کھائے۔ ہیبرا اس مرض کو غیر شفا پذیر سمجھتا تھا، اور ممکن ہے کہ اگر بچہ گھر پر رہنے کے لئے مجبور ہو تو ایسا ہی ہو، مگر راقم الحروف نے ایسا کوئی مریض نہیں دیکھا جسے شفاخانے میں منتقل کر دینے پر حکاک بہ سرعت موقوف نہ ہو گئی ہو۔

حکاک بسینیر

(prurigo of Besnier)

حکاک کی یہ قسم ایک نہایت معیّن سریری ذات ہے، جو بوجہ اُس کثیر الوقوع ائتلاف کے جو یہ دمہ اور حساسیتی حالت کے دوسرے مظاہر کے ساتھ رکھتی ہے، عمومی اطبا کے لئے خاص طور پر دلچسپی رکھتی ہے۔ مریضوں کی ایک بڑی تعداد غضبتی ہوتی ہے، اور اِس سے بھی زیادہ تناسب میں اِس حالت سے پہلے حساسیتی قسم کا رضیعی ایکزیما (infantile eczema) ہو چکا ہوتا ہے۔

اکثر اوقات مریض کی سرگزشتِ حیات حسب ذیل ہوتی ہے:۔ پیدائش کے بعد جلد ہی جلد کی خشکی نظر آ سکتی ہے، جو غضبت (icthyosis) کا پیش خیمہ ہوتی ہے، جو عموماً دو یا تین سال کی عمر تک اچھی طرح نمایاں نہیں ہوتی۔ ابتدائی چند مہینوں میں، لیکن بعض اوقات زیادہ دیر سے، رضیعی ایکزیما نمودار ہوتا ہے جسکا آغاز چھاتی کا دودھ چھڑا کر گائے کے دودھ کی غذا دینے کے وقت کے ساتھ ہمزمان ہو سکتا ہے یا جُدریں رسانی کے بعد تقریباً فی الفور ہو سکتا ہے۔ تقریباً دو سال کی عمر میں یہ ایکزیما اپنے خصائص اور توزیع کو بدل دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ چہرہ، سر، دھڑ اور جوارح کی باسط سطحات کو چھوڑ کر گویا پیش مرفقی حُفرات اور مابضی فضاؤں میں،

کلائیوں اور ہاتھوں کی پشت پر، اور بعض اوقات دہن کے گرد اور گردن اور چڈوں کی شکنوں میں مُرتکز ہو جاتا ہے۔ متواتر رگڑنے اور کھرونچنے سے اِن مقامات کی جلد میں حزازیت پیدا ہو جاتی ہے، اور حکاکِ بیسنیئر کی بہ.بری تصویر قائم ہو جاتی ہے۔
جلد ہی یا دیر سے، دَمہ کے حملے (جنکی تشخیص اکثر غلطی سے شعبی التہاب کیجاتی ہے) 920
اور دوسرے حسّاسیتی مظاہر طاری ہو جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ اِس بیش حسّاسیت، یا حسّاسیت کی حالت کے علامات اُس مخصوص ساخت یا بافت کے لحاظ سے جو حسّاس ہو گئی ہے، مختلف ہوتے ہیں۔

حکاکِ بیسنیئر میں مبتلا بچوں کی اکثریت دُبلی، عصبی، بے چین اور باطن بیں ہوتی ہے، لیکن یہ مرض اُن فربہ آرام طلب اور کاہل بچوں میں بھی دیکھا جا سکتا ہے جنمیں زیر درقیت کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ ایک ممیز اصابت میں جِلد غفسیتی، کھردری، اور ایک عجیب پھیکے پیلے، رمادی مائل رنگ کی ہوتی ہے۔ بعض رقبوں کے شعری دہنی جرابات محرک الشعر عضلات کے انقباض کی وجہ سے کھڑے ہوتے ہیں، جیسا کہ حکاک کی دوسری قسموں میں ہوتا ہے۔ گو کھجلی وسیع پھیلی ہوئی ہو سکتی ہے، مگر وہ پیش مرفقی حفرات اور مابضی فضاؤں میں، کلائیوں اور ہاتھوں کی پشت، ٹخنوں کی ظہری سطحات پر، دہن کے اِردگرد اور پیشانی پر، بالخصوص بھوؤں پر، گردن کی شکنوں میں، چڈوں میں اور اعضاء تناسل پر، اور بعض اوقات کہنیوں اور گھٹنوں پر شدید ترین ہوتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں وہ صرف پیش مرفقی اور مابضی خطوں میں محدود ہوتی ہے۔ اِن مقامات پر کی جِلد وہ تغیرات ظاہر کرتی ہے جنمیں پہلے حزازیت کے نام سے بیان کیا گیا ہے۔ کھجلی کے ایک دورے کے بعد اکثر بمائیت اور مصلی رساؤ، تشقق، اور بعض اوقات ثانوی عفصیت دیکھی جاتی ہے، لیکن مقابلۃً سکون کے وقفوں میں صرف سادہ حزازیت اور لونیت ہی معروضی امارات ہوتے ہیں۔ مگر یہ لونیت صرف حزازیت یافتہ رقبوں تک محدود نہیں ہوتی، بلکہ عام طور پر پھیلی ہوئی اور اِسقدر شدید ہو سکتی ہے (مثلاً گردن پر، آنکھوں کے آس پاس، اور تعویجات میں) کہ اَیڈی سَن کے مرض سے مشابہ ہوتی ہے، اور اسی کی طرح اُس کے ساتھ پست فشار دموی اور عضلی زیر تنبیدگی بھی ہو سکتی ہے۔

لبوں کے شنگرفی کنارے عموماً رمادی مائل نیلے رنگ کے یا ارغوانی جیسی جھلک کے ہوتے ہیں (اور یہی حالت حساس گری نور کی حالتوں میں پائی جاتی ہے)۔ عضلی زیرتنیدگی اُس ناقص وضع (stance) سے ظاہر ہوتی ہے جو اُسوقت اختیار کیجاتی ہے جبکہ بچہ سیدھا کھڑا ہوتا ہے۔ سینہ کا اگلا حصہ چپٹا ہوتا ہے اور ایک ترچھے مستوی میں، اُبھرے ہوئے ڈھیلے شکم کے طرف نیچے کی طرف اُترتا ہے۔ سامنے کی طرف اتم اُبھار کا نقطہ عین ناف کے نیچے ہوتا ہے، پشت کمان کی طرح خمیدہ ہوتی ہے، کتفی ہڈیاں پرنما ہوتی ہیں، اور فطاء موجود ہوتی ہے۔ بچہ عموماً خوف زدہ اور بےچین ہوتا ہے اور بآسانی تھک جاتا ہے، اور اپنے ماحول کی اور اُن لوگوں کے اثر کی جن سے اُسے واسطہ پڑتا ہے نہایت درجہ کی حساسیت رکھتا ہے۔ یہی بات بالغ مریضوں پر بھی صادق آتی ہے۔ کھجلی کے دَورے یا دَمہ کے حملے، جو عموماً شام کو یا رات کے وقت شروع ہوتے ہیں، اکثر جذباتی برہمی یا کسی ناخوشگوار اندیشہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ شفاخانہ کی زندگی کے پُرسکون اور منتظم دستورالعمل میں خود بخود موقوف ہوجائیں، اور گھر کے ماحول کے اختلال انگیز اثر کے تحت پھر شروع ہوجائیں۔

بحث اسباب۔ حکاکِ بسیئیز کا اور حساسیتی حالت کے دوسرے مظاہر کا جو اسکے ہمراہ پائے جاتے ہیں، ایک نہایت حیرتناک خاصہ یہ ہے کہ وہ موروثی طور پر منتقل ہوتے ہیں اور خاندانی حدوث رکھتے ہیں۔ دریافت کیا جائے تو مریض کے والدین اور قریبی رشتہ داروں میں تقریباً ہمیشہ غصبت حمۃ القش (hay fever) یا دَمہ کی موجودگی ظاہر ہوگی، یا اُنکے زمانۂ طفلی میں رضیعی اکزیما، دَوری قے، شری یا حکاک کی سرگذشت پائی جائیگی۔

تازہ تحقیقات سے حکاکِ بسیئیز کی پیدائش کی بہت کچھ توجیہ ہوگئی ہے، اور حکاک کی تمام قسموں میں یہی ایک قسم ہے جس کے متعلق ہمیں صحیح علم حاصل ہے۔ صریحاً یہ اَینٹی جنوں سے جلد کی حساسیت شدگی کے باعث ہوتی ہے، جو شری کی بہت سی اصابتوں اور غالباً حکاک ہیبرا کی طرح ہمیشہ نہیں لیکن بالعموم غذائی خطّے سے ماخوذ ہوتی ہیں؛ اور جگر میں اُنکی تثبیت اور اِتیلاف نہیں واقع ہوتا۔ شری، سادہ حکاک، اور حکاک ہیبرا

میں وہ تعامل جو حسّاس شدہ جلد کے ساتھ اینٹی جن کے تماس کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے اوّلی طور پر اور دراصل اَدمہ میں واقع ہوتا ہے، گرایکزیما اور حکاکِ جینئیر میں یہ تعامل بَرجلدی اَدمی ہوتا ہے، یعنے اَدمی بافت (غالباً عصبی عروقی اَدمی بافت) اور شبکۂ مالفیجی، دونوں کی حسّاس شدگی واقع ہوتی ہے۔

اِن اینٹی جنوں کی نوعیت کے متعلق اغلب ہے (جیسا کہ شری کے باب میں اشارہ کیا گیا تھا) کہ حقیقی اینٹی جنی اشیا، گو وہ پروٹین سے ماخوذ ہوتی ہیں، مگر خود غیر پروٹینی نوعیت کی ہوتی ہیں اور انکی ترکیب نسبتہً سادہ ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ وہ اشخاص جو ایسی غیر معمولی بیش حسّاسیت ظاہر کرتے ہیں جس سے حسّاسیت کی متذکرۂ بالا متعدد علامات پیدا ہوجاتی ہیں، غریب پروٹینوں کے ساتھ موثر طور پر نپٹنے کی کم قوّت رکھتے ہیں، خواہ اُسوقت جبکہ یہ پروٹین غذائی خطے میں لئے جائیں یا اُسوقت جبکہ یہ کسی دوسری راہ سے نظامِ جسم میں پہنچیں۔ غذائی پروٹینوں کی صورت میں اغلب ہے کہ اُنکا تاخیر یافتہ یا نامکمل ہضم ایک اہم عامل ہے، اور اِن اشخاص کی ایک بڑی فیصدی تعداد میں معدی ہائڈروکلورک ایسڈ کی قلّت یا غیر موجودگی دیکھی ہے۔ علاوہ ازیں، جگر کا پروٹینوں اور اُنکے مشتقات کو (جنمیں اُنکا اینٹی جنی جزو بھی شامل ہے) تثبیت اور تلف نہ کرسکنا بھی صاف طور پر ایک لازمی عامل ہے۔ جب جگر کے اس وظیفہ کا فشل ہوتا ہے تو یہ اینٹی جن جوئے خون میں پہنچ جاتے ہیں اور حسّاس شدہ بافتوں میں (جنمیں جلد سب سے زیادہ اہم ہے) ضِد اجسام کے ساتھ تعامل کرتے ہیں، اور یہ تعاملات، جو حسّاسیتی حالت کے جلدی مظاہر کے آئینہ دار ہوتے ہیں، دراصل حفاظتی نوعیت کے ہوتے ہیں، کیونکہ اِن سے دورانی اینٹی جنوں کی تثبیت اور اتلاف واقع ہوجاتا ہے۔ بہ الفاظ دیگر اُسوقت جبکہ جگر کے وظیفہ کا فشل ہوتا ہے جلد اور کچھ بقدر کم حد تک دوسری بافتیں ایک نیابتی حفاظتی فعل انجام دینے لگتی ہیں۔

رضیعی ایکزیما میں، اور ممکن ہے کہ حکاکِ جینئیر میں بھی، یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات، شری کی بعض اصابتوں کی طرح، وہ اینٹی جن جو سببِ مرض ہے اِس معنیٰ میں نوعی ہوتا ہے کہ وہ ایک غذائی شے (مثلاً گیہوں، جئی، گائے کے دودھ) سے ماخوذ ہوتا ہے، لیکن کم از کم آخرالذکر میں یہ یقیناً استثنائی ہوتا ہے۔ پایا گیا ہے

921

(46) کہ حکاکِ بیسنیئر کے مریضوں میں ہم مختلف پروٹینوں اور پپٹونوں کے براہِ دہن استعمال سے یا خود انہیں مریضوں کے خون کے اشراب سے خون شکن حرجہ (hæmoclasic crisis) پیدا کر سکتے ہیں۔ ان کے خون اور بول کے امتحان سے وہی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو حساسیتی حالت کے دوسرے مظاہر کو ممیز کرتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔

حساس شدگی کے عامل کے علاوہ، ان مریضوں میں نفسیاتی اختلالات کی اہمیت پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے۔ "دمہ۔ ایکزیما۔ حکاک" کا علامیہ "ایک اکلوتے بیٹے" میں واقع ہونے کا خاص طور پر امکان ہے۔ راجرسن (Rogerson) (47) نے صاف طور پر بتلایا ہے کہ گھر کا ماحول اُن بچوں پر کیا اثر ڈالتا ہے۔ ۱۲ شدید اصابتوں میں سے، جنکو اٹکل پچو طور پر منتخب کر لیا گیا، ۵ میں، ماں کے، اور کم حد بچہ کے نفسیاتی علاج سے علامات میں مکمل طور پر تخفیف ہو گئی، اور پانچ دوسری اصابتوں میں نمایاں اور ترقی پذیر اصلاح ہو گئی۔

مرضی تشریح۔ حکاکِ بیسنیئر کی ایک چکتی میں خوردبینی تغیرات قدرتی طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ سکونی درجے میں وہ محض حزازیت کے تغیرات ہوتے ہیں، یعنے داء الشوکیہ اور بیش قرنیت۔ ایک ایسے زمانے کے دوران میں جبکہ کھجلی شدید ہوتی ہے، ایکزیمائیت (آبلہ خیزی) اور کھرینچنے کے اضرار مشاہدے میں آتے ہیں، یعنے ایک صحیح و سالم قرنی تہ کے نیچے شبکہ کا انشقاق، یا جب قرنی تہ ٹوٹ گئی ہو تو مصلی پپڑی بننا

تشخیص۔ حکاکِ بیسنیئر کی ایک اصابت کو دیکھنے اور اُسکے نمایاں خصائص کو ذہن نشین کر لینے کے بعد تشخیص میں کوئی مزید دقت نہیں پیش آنی چاہیئے۔ حکاکِ ہیبرا سے وہ مخصوص انتخابی مقامات کی برعکس توزیع کی وجہ سے بآسانی تمیز کیجا سکتی ہے۔ یعنی اول الذکر میں جوارح کی باسط سطحات ماؤف ہوتی ہیں، اور آخر الذکر میں پیش مرفقی اور مابضی فضائیں۔ مزید برآں، ممیز اضرار حکاکِ ہیبرا میں بثور ہوتے ہیں، مگر حکاکِ بیسنیئر میں وہ حزازیت اور ایکزیمائیت کے منتشر رقعے ہوتے ہیں۔

علاج۔ بیسنیئر نے اپنے اصلی مخطوطات میں حکاک کی اُس قسم میں جو اَب اُسکے نام سے منسوب کی جاتی ہے اُسکی زمانت اور عسیر العلاجی پر خاص طور پر زور دیا ہے۔

کثیر التعداد اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے مندرجۂ ذیل اصول علاج کی خوبی کی تصدیق ہوگئی ہے، جو بڑی حد تک حیاتی کیمیائی تحقیقات پر مبنی ہے (48):(۱) علاج بوجہ احسن یہ ہے کہ ایک خاص قوت بخش آب و ہوا میں بالکل گھر سے باہر زندگی بسر کی جائے اور ساتھ ہی تمیز و احتیاط کے ساتھ شمسی علاج استعمال کیا جائے۔ بعض مریض سمندر کے قریب اچھے رہتے ہیں، اور بعض اندرون ملک کی پہاڑیوں میں نسبتہً بہتر ہوتے ہیں۔ لباس ہلکا ہونا چاہئے، اور جیسے جیسے جسمانی حالت بہتر ہوتی جائے زیادہ سخت ورزش کرنی چاہئے۔ ساری جلد پر ٹھنڈی ہوا اور سورج کی روشنی کا جو اثر ہوتا ہے وہ اِسراعی دروں افرازی غدد، بالخصوص بَر گردوں اور درقیہ، کے لئے قوی مہیج ثابت ہوتا ہے، اور بلاشبہ تحوّل اور دروں افرازی نمود آئینی توازن کے بحال ہوکر طبعی ہونے میں ایک اہم عامل ہے۔ اِن حالات کے زیرِ اثر اگر غذا کے متعلق پابندیاں نہ عائد کی جائیں تو بھی مریض کے سارے منظر اور مزاج کی کایا پلٹ ہوجاتی ہے۔ اُسکی جِلد، گو وہ پہلے غضبتی بھی ہو، نرم اور چکنی ہوجاتی ہے، اور اُسکی قرنی تہہ پتلی اور نیم شفاف ہوجاتی ہے۔ حکاک اور دمہ کے حملے موقوف ہوجاتے ہیں۔ عضلات کی تنیدگی بحال ہوجاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وضع 922
بہتر ہوجاتی ہے اور جسمانی طاقت و توانائی زیادہ ہوجاتی ہے، اور مریض کا چڑچڑا پن اور خوف و ہراس جاتا رہتا ہے اور وہ پُرسکون اور مطمئن، شگفتہ مزاج اور خوش و خرّم نظر آنے لگتا ہے۔ اِس جسمانی اور ذہنی کایا پلٹ کے ساتھ اُسکے تحوّلی افعال بحال ہوکر طبعی ہوجاتے ہیں، جیسا کہ خون اور بول کے حیاتی کیمیائی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے۔ بدقسمتی سے، اگر مریض پھر گھر کے غیر صحتی یا ناشاد و ناسازگار ماحول میں واپس آکر اندرونِ خانہ ایک قعودی زندگی بسر کرنے کے لئے مجبور ہوجائے، تو بتدریج پھر نکس ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بچوں اور بالغوں دونوں میں نفسیاتی تفتیش اور علاج، انتہائی درجہ کی اہمیت رکھتا ہے۔

(۲) غذا۔ ایک لبنی نباتی غذا کی سفارش کی گئی ہے، لیکن راقم الحروف نے حال ہی میں مشاہدہ کیا ہے کہ اُس قسم کا نظامِ غذا جسکی سفارش مزمن بشری کے علاج کے لئے کیگئی ہے، بالعموم ان اصابتوں میں نہایت ہی مفید ہوتا ہے۔ وہ

غذائیں، جن کے لئے جلدی کاشنفات کے ذریعہ بیش حسّاسیت ظاہر ہو، خارج کر دینی چاہئیں۔

(۳) بعض اصابتوں میں، ایک ابتدائی سم رُبا علاج مناسب ہے۔ اِس مقصد کے لئے سوتے وقت کیلومل (calomel) کی خفیف معتادیں (⅛ تا ⅙ گرین)، اور بیدار ہونے پر اور دوپہر اور شام کے کھانوں سے ایک گھنٹہ پہلے ایک قلوی مالح (alkaline saline) جس میں مفتح سلفیٹس (aperient sulphates) موجود ہوں، پندرہ روز تک دینا چاہیئے، اور اِس کے بعد کیلومل یا بلیوپل (blue pill) ہفتے میں ایک یا دو راتوں میں دیکر دوسری صبح کو مالح دینا چاہیئے۔

(۴) نہایت ہلکے لباس کے ساتھ بیرونِ خانہ ورزش، تبادل سرد اور گرم غسلوں اور نطولات، اور اصلی یا مصنوعی شمسی علاج کے ذریعہ جلد کو تہیج پہنچا کر سر گردی درقی مشارکی نظام کو تہییج دینا نہایت اہم ہے۔

(۵) بعض اصابتوں میں غدۂ درقیہ کا مناسب معتادوں میں دینا بہت مفید ہوتا ہے، اور اُن مریضوں کو جو نہایت عصبی اور فکر مند ہوں، اور اچھی طرح نہ سوتے ہوں، کچھ عرصہ تک ایک ایسا آمیزہ روزانہ تین بار دینا چاہیئے جس میں بُرومائڈ اور سال وُلاٹائل (bromide & sal volatile) شامل ہو۔

(۶) حکاکی رقبوں کا مقامی علاج ثانوی اہمیت رکھتا ہے، مگر نہایت کارگر تدبیر لاشعاعیں ہیں، جنھیں کسری معتادوں میں مناسب وقفوں کے ساتھ دیا جائے، نیز خام ٹار (crude tar) لئی کی صورت میں یا پھریری سے، خالص، یا ایک حصّہ ایسیٹون کلوڈیئن (acetone-collodion) کے تین حصوں میں ہلکا کر کے لگانا ہے۔ خفیف اصابتوں میں اِسکے بجائے ایک صاف لئی، جسمیں خام ٹار کا ایتھر میں حل ہونیوالا جُز موجود ہو، استعمال کر سکتے ہیں۔ لیکن اِسپر جتنا زور دیا جائے کم ہے کہ محض مقامی علاج صرف تخفیفی ہوتا ہے، اور بہتر ہے کہ شعاعی علاج سے احتراز کیا جائے باستثنا اُسوقت کے جبکہ صرف چند حز ازیت یافتہ چکتیاں موجود ہوں۔

(۷) بالآخر، نام نہاد حسّاسیت رُبائی کے مختلف طریقوں پر غور کیا جا سکتا ہے۔ خود زاد دموی علاج (autohæmotherapy) سے بعض اوقات مدد ملتی ہے،

جسکے لئے ایک ورید سے ۳ تا ۱۵ مکعب سمر خون نکالکر اُسکا تھکیانا شروع ہونے سے عین پہلے اُسے الوی عضلات کے اندر منشرب کردینا چاہئیے۔ پپٹون (peptone) کے احتیاط کے ساتھ تیار کئے ہوئے محلول کے دروں وریدی یا دروں عضلی اشرابات جو تین دن سے لیکر سات دن کے وقفوں سے بڑھتی ہوئی معتادوں میں دئے جائیں عموماً زیادہ مفید ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں معائی جراثیم سے ڈینیسز (Danysz) کے طریقے سے تیار کردہ مذکور یا خودزاد مخلوط جراثیمی جُدرین کے تحت الجلدی اشرابات سے، یا عُصَیّہ قولونی (B. coli) یا ٹائیفائڈ پیراٹائیفائڈ جُدرین کے، یا مختلف نباتی پروٹینوں کے محلولات کے دروں وریدی اشرابات کے ذریعہ عمداً پروٹینی صدمہ پیدا کرنے سے، عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ تاہم راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ اوریل گے پ مادہ کی ایک خودزاد تجہیز کے ہفتہ وار اشرابات، بشرطیکہ نہایت ہی دقیق خوراکوں سے آغاز کیا جائے، مثلاً $\frac{1}{1000000}$ تدقیق کے ا۰ سی سی سے، حساسیت ربائی کا نہایت ہی موثر طریقہ بہم پہنچاتے ہیں، اور اسکی تصدیق دوسروں نے بھی کی ہے۔ تاہم معتاد پر احتیاط سے قابو رکھنا چاہئیے تاکہ ناخوشگوار تعاملات نہ ہونے پائیں۔

گرہکی حکاک

(prurigo nodularis) (Hyde)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶۱ 'د')

(lichen obtusus corneus= حزاز کلیلہ قرنیہ)

(urticaria perstans verrucosa = شرائے مواظب بروقی)

یہ حالت جسکے متعلق ابتک کسیقدر خلط ملط موجود ہے، بڑے بڑے جُداجُدا بثور کی موجودگی سے ممیز ہے، جو بیقاعدگی کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں، بعض اوقات گروہ در گروہ، خاصکر جوارح پر، لیکن دھڑ پر بھی اور کبھی کبھی چہرے پر بھی۔ یہ بثور نیم کروی ہوتے ہیں، چھونے سے سخت معلوم ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کی جسامت ایک سپاری کے برابر ہوجائے۔ اِنکی سطح، جو عموماً فسیح اور خون کی پپڑیوں سے

صفحہ (۶۱)



الف ۔ نملۂ نطاقی ۔



ب ۔ برومائیڈی ثوران



ج ۔ پیش فطرینی احمرار جلد ۔



د ۔ گرہکی حکاک ۔

923 ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، بیش قرنیت کی وجہ سے ثولولی، اور ناہموار ہوتی ہے۔ ہر بثرہ عموماً لونیت کے ایک ہالہ سے، اور بعض اوقات حزازیت کے ایک چھوٹے رقبہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ اُن اصابتوں میں جنمیں کھجلی نہایت شدید ہوتی ہے، ممکن ہے کہ اِن بثور کی چوٹیوں پر پھپولے پیدا ہوجائیں، جو بلاشبہ زور سے کھرچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ اضرار غائب ہوجائیں، اور ایک لون ربودہ لطخہ باقی رہ جائے جسکے کناروں پر بیش لونیت کا منطقہ ہو۔ اِن بثور کے علاوہ جلد عموماً طبعی ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ منسبج ہو، اور بثور کے بغیر بھی محدود المقام حزازیت کے رقبے موجود ہوں۔ کھجلی، جو ایک اندراج شدہ حالت میں بالکل غیر موجود تھی، عموماً شدید ہوتی، اور بالخصوص شبانہ ہوتی ہے، لیکن نسبتہً سکون کے زمانے بھی واقع ہوتے ہیں، مثلاً اُسوقت جبکہ مریض کی تعطیل کا دن ہو۔

بحث اسباب۔ حکاک کی دوسری قسموں کی طرح، یہ حالت بھی بلا شبہ حساسیتی نوعیت کی ہے، لیکن اِسکے اینٹی جن کی نوعیت اور مبداء نامعلوم ہے۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور جیسا کہ دوسری حساسیتی علامات میں ہوتا ہے، اِسمیں بھی نفسیاتی اثرات، مثلاً فکر و پریشانی، رنج یا صدمہ اہمیت رکھتے ہیں۔ اِسکی مدت غیر معیّن کہی جاسکتی ہے، کیونکہ تاحال اِسکا علاج مسلّمہ طور پر بے اثر ثابت ہوا ہے۔

تشخیص۔ اِسمیں عموماً بہت کم دقت پیش آتی ہے، لیکن اِس ثوران کو بیش پرورشی مُسطّح حزازہ (hypertrophic lichen planus) سے تمیز کرنا چاہیئے، جسمیں اضرار عموماً نسبتہً بڑے اور زیادہ چپٹے ہوتے ہیں، اور اُن کے ساتھ اکثر دوسرے مقامات پر معمولی بثور ہوتے ہیں یا خدی مخاطیہ کی ماؤفیت ہوتی ہے۔ نیز اِسے اُس حالت سے تمیز کرنا چاہیئے جسے حزازۂ کلیلہ معمولی (lichen obtusus vulgaris) کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے، جو حزازیت کی محض ایک بیش پرورشی یا عفریتی قسم (محدود المقام حکاک circumscribed prurigo) ہے۔ وہ ثوران جو بعض اوقات حزازۂ کلیلہ قرنی (lichen obtusus corneus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، عین گرہکی حکاک (prurigo

(nodularis) ہی ہے۔ اسطرح تین بالکل جداگانہ اور ممتاز حالتیں ہیں، جن میں اکثر خلط ملط ہوجاتا ہے: (۱) مُستطح حزازہ کی بیش پرورشی قسم، جو عموماً ٹانگوں پر گھٹنوں کے نیچے، بالخصوص دوالی دار ٹانگوں پر واقع ہوتی ہے۔ (۲) حزازہ کلیل معمولی (lichen obtusus vulgaris) یا محدود المقام حکاک کی بیش پرورشی قسم، جو عموماً ٹانگوں پر دیکھی جاتی ہے، گرانوں، اعضاءِ تناسل، سُرینوں پر، اور چڈوں میں بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت عام طور پر ایک یا دو رقبوں میں محدود المقام ہوتی ہے، اور اِسکے قرنی بثور حزازیت کے ایک رقعہ پر گنجان مرتب ہوتے ہیں۔ (۳) گرہکی حکاک (prurigo nodularis) یا حزاز کلیل قرنی (lichen obtusus corneus)، جسمیں بثور جُدا جُدا، اور بیقاعدگی کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں، مگر وہ جوارح پر کم وبیش دونوں جانب تشاکل طور پر واقع ہوتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ سیوائی (Civatte) نے حزازہ کلیل معمولی (lichen obtusus vulgaris) اور گرہکی حکاک (prurigo nodularis) کے درمیان کے فرق کی نسیجیاتی طور پر تصدیق کی ہے۔ اول الذکر میں خردبینی مناظر محض حزازیت کے ہوتے ہیں۔ آخرالذکر میں یہ بھی دیکھے جاتے ہیں مگر یہ اُس ضرر پر مستزاد ہوتے ہیں جو اَدمہ میں گہرائی میں واقع ہوتا ہے، اور گرہکی حکاک کے بثرہ کا اصلی حصہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر مختلف اقسام کے خلیات، نسیجی خلیات، کثیرالاشکال نواتی خلیوں، ایوسین پسند خلیوں، پلازمائی خلیوں، اور مستولی خلیوں کی کثیف دریزش پر مشتمل ہوتا ہے۔ عفریتی خلیے بھی مل سکتے ہیں۔

علاج۔ یہ عموماً نہایت غیر تشفی بخش ہے۔ اضرار پر لاشعاعوں کے استعمال سے ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک کھجلی میں تخفیف ہوجائے اور وہ غائب ہوجائیں، مگر نکس بالعموم ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ طویل تعطیل سے کھجلی بالکل موقوف ہوکر بثور مٹ جائیں، ماؤف حصوں کو کسی حبس تکمیہ (occlusive dressing)، مثلاً اُنّا کے پیسٹ (Unna's paste) سے ڈھانکنے سے بھی بثور غائب ہوسکتے ہیں۔

گرمائی حکاک

(summer prurigo)

اِس اصطلاح کے تحت، جسے ابتداءً ہچنسن (Hutchinson) نے ۱۸۷۹ء میں استعمال کیا، وہ حالتیں شامل ہیں جو سریریاتی اور تسبیبی لحاظ سے یقیناً ایک دوسرے سے جداگانہ اور ممتاز ہیں۔ موقتی طور پر ہم اُنکی جماعت بندی حسب ذیل کرسکتے ہیں: (۱) طفولی گروہ (juvenile group) ۔ اسمیں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:۔ (ا) گاؤچیچک نما تفقع (hydroa vacciniforme) کا شدید پھپھولے دار ثوران، جو عموماً ہیمیٹوپافرینِ خلقی (hæmatoporphyria congenita) کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور جسے بمشکل حکاک کہا جا سکتا ہے، (ب) وہ خفیف بثری قسم، جسپر ہچنسن نے ابتداءً "گرمائی حکاک" (summer prurigo) کے نام کا اطلاق کیا، اور (ج) اِسکی نسبتہً زیادہ شدید قسم، جسمیں آبلے اور بثیرے نیز بثور ہوتے ہیں، اور جو سریریاتی لحاظ سے پہلی دو قسموں کے درمیان ہوتی ہے۔ (۲) بالغی گروہ (adult group) ۔ اسمیں نوری حسّاس گرمی کی وہ
924 اصابتیں شامل ہیں، جنمیں روشنی کی اثرپذیری پہلے بار بالغ زندگی میں نمودار ہوتی ہے۔ اِن مریضوں میں روشنی کا جلدی تعامل اپنی نوعیت میں عموماً اکزیمائی ہوتا ہے، جس سے بَرآدمی حساس شدگی ظاہر ہوتی ہے، اور متواتر رگڑنے اور کھرچنے سے ماؤف رقبوں کی حزازیت پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ تعامل مخلوط قسم کا بھی ہوسکتا ہے، جسمیں شری دار بثور کے ساتھ ایک منتشر اکزیمائی التہاب جلد کی آمیزش ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ صورتوں میں، ایک سادہ شری (آفتابی شری (urticaria solaris: یعنے ایک خالص اَدمی تعامل) روشنی میں تکشف کی مجیبیت ظاہر کرتا ہے۔ ثوران کی یہ تمام قسمیں یہ صفت مشترک رکھتی ہیں کہ یہ صرف موسمِ گرما میں ہوتی ہیں یا اِس موسم میں سب سے زیادہ شدید ہوتی ہیں، اور بالخصوص روشنی میں جلد کے تکشف سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں حرارت بھی ایک سبب مُعد معلوم ہوگی۔ اِنکے سریریاتی خصائص کے اختلافات کا انحصا

بلاشبہ ایک حد تک تو اُس مخصوص حساس کن شے پر ہے جو کہ مسبب ہوتی ہے، اور ایک حد تک حساس شدہ بافت پر، خواہ یہ بافت آدمی ہو، یا برجلدی ہو، یا یہ دونوں ہوں۔

گاؤچیچک نما تفقع (hydroa vaccinoforme)(Bazin)۔ یہ شاذ پیدائشی، اور بعض اوقات خاندانی ثوران عموماً زندگی کے پہلے سال میں، سورج کی روشنی میں جلد کا تکشف ہونے کے بعد نمودار ہوجاتا ہے۔ اِسکے اضرار احمراری بثور، بثوری آبلوں یا براہِ راست آبلوں اور پھپھولوں کی طرح شروع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ نزفی ہوں یا قاتحی بنجائیں۔ یہ نافینی ظاہر کرتے ہیں، اور خشک ہوکر بھوری سی پپڑیاں بناتے ہیں، جنکے نیچے ضرر کا مرکز تنخزی پایا جاتا ہے۔ پپڑی کے نکل جانے کے بعد وہاں ایک قرحہ نظر آتا ہے، جو بالآخر مندمل ہوکر ایک جُدری نما ندبہ چھوڑتا ہے۔ یہ ثوران اُن حصّوں پر ہوتے ہیں جو روشنی میں کھلے رہتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اس انداب سے کانوں، انفی اجنحہ، اور اُنگلیوں کا بہت اِتلاف واقع ہوجائے۔ ہر موسمِ گرما میں تازہ حملے ہوتے ہیں، اور سرما میں یہ ثوران بڑی حد تک رفع ہوجاتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ سِن بلوغ کے بعد یہ حملے موقوف ہوجائیں۔

بحث اسباب۔ اِس مرض کے متعلق بڑی دلچسپ بات یہ ہے کہ یہ تحوّل کے اُس نہایت شاذ خلقی نقص سے تعلق رکھتا ہے، جسے ہیمیٹو پارفریت خلقی (hæmatoporphyria congenita) کہتے ہیں۔ بول اور براز کے امتحان سے وہ لون ظاہر ہوتے ہیں جنھیں فشر (Fischer) نے بیان کیا ہے، یعنے بول میں یُورو پارفائرن (uro-porphyrin)، اور براز میں اِسٹر کو پارفائرن یا کاپرو پارفائرن (sterco-or- copro-porphyrin)۔ ممکن ہے کہ دانت گلابی رنگ کے ہوں، اور عبوری تنویر (transillumination) کے ذریعہ ہڈیاں طبعی کی نسبت زیادہ سیاہ نظر آتی ہیں، جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ اُنمیں پارفائرن کا لون موجود ہوتا ہے۔ خون کے تغیرات ہڈی کے گودے کی بڑی فعالیت ظاہر کرتے ہیں، اور ممکن ہے کہ طحال اور جگر کلانی یافتہ ہوں۔ ثوران کی تحریک اُن صغیر ترین ورائے بنفشی شعاعوں سے ہوتی ہے، جن کا موجی طول ۴۰۰۰ اور ۳۰۰۰ ہر ہر کے درمیان ہوتا ہے۔ قیاس ہے کہ اِن اصابتوں میں پارفائرنس ہی وہ عامل ہوتے ہیں جو جلد کو روشنی کے لیے حساس بناتے ہیں، کیونکہ

ایک طبعی شخص کے اندر تجربتہً پارفائرِن کے اِشراب سے بھی یہی اثر پیدا ہونا بتلا دیا گیا ہے۔ گاؤ چیچک نما تفقع کی اُن اصابتوں میں جنمیں ہیمیٹو پارفرین بولیت (hæmato porphyrinuria) موجود نہو، یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ پارفائرنس براز میں موجود ہوں۔ ایسا ہی ثوران سلفونل کے تسمم (sulphonal poisoning) میں واقع ہو سکتا ہے، اور اسمیں بھی ہیمیٹو پارفرین بولیت موجود ہوتی ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ اوّلی تغیر بالائی اَدَمہ کے دموی عروق کا بے انتہا اتّساع معلوم ہوتا ہے، جسکے ساتھ مصلی اور خلوی ارتشاح ہوتا ہے، جو شبکۂ مالپیگی کو تلف کرکے قرنی تہ کے نیچے ایک پھپھولا بنا دیتا ہے۔ عروق سے نزف ہونے کے باعث اور اُنکی علقیت کی وجہ سے بالائی اَدَمہ کا تنخرّ واقع ہو جاتا ہے۔

علاج۔ چونکہ ہیمیٹو پارفرینت خلقی تحوّل کی ایک فطری خلاف قاعدگی ہے، کوئی علاج کارگر نہیں ہوتا، بجز اِسکے کہ جلد کو روشنی سے محفوظ رکھا جائے۔ کونین میں ورائے بنفشئی شعاعوں کو روک دینے کا خاصہ ہے، اور اِسے کھلے ہوئے حصّوں پر ایک مرہم کی صورت میں لگا سکتے ہیں (نسخہ: کوئینین (الکولائڈ) ۰.۵، ایسڈ اولی اِک ۲.۰، ایسڈ اِسٹی ایرک ۱۰.۰، پوٹاس ہائڈراکس ۰.۵، آب کشیدہ ۴۰.۰)۔ اِسکو لگانے کے بعد اوپر سے ایک چھڑکنے کا سفوف استعمال کر سکتے ہیں، مثلاً ذیل کا نسخہ:۔ کونین سلف ۱.۰، ٹالک ۱.۵، اور اِسمیں مناسب رنگ کی آمیزش کرلی جائے۔ زیادہ موثر ایک غسول ہے جو کہ ٹینک ایسڈ (tannic acid) پر مشتمل ہے، مثلاً بگیرند۔ ایسڈائی ٹینکائی ۱۰ حصہ، سپرٹ وائی مِتھ انلڈ ۲۵ حصہ، آب کشیدہ تا بحد ۱۰۰ حصہ۔

گرمائی حکاک (summer prurigo) ہچنسنی قسم

(Hutchinson type: [خفیف قسم کا صیفی تفقع (hydroa æstivale) (Colocitt Fox) نا کس صیفی التہابِ جلد (dermatitis recurrens æstivalis) (Radcliffe Crocker)] یہ "گرمائی ثوران" ("summer eruption") کی یہ خفیف اصابتیں بچوں اور ریعانی عمر والوں میں پائی جاتی ہیں اور اُنکے اُس نسبتی رشتہ کی جو وہ ایک طرف تو گاؤ چیچک نما تفقع (hydroa

vaccinifome) کے ساتھ، اور دوسری طرف نوری حساس گری (light-sensitisation) 925
کے ساتھ رکھتی ہیں، ہنوز وضاحت کی ضرورت ہے ۔ یہ ثوران بیشتر جدا جدا ثبور پر مشتمل ہوتا
ہے، جو ثبوری شری کے بثور سے مشابہ ہوتے ہیں، اور جب انھیں کھر نچا جائے
تو پھیکے اور تقریباً طبعی جلد کے رنگ کے ہوتے ہیں خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ صرف یہی اضرار
ہوں، لیکن دوسری اصابتوں میں ایسے ثبور ہوتے ہیں جن پر آبلے ہوتے ہیں، یا ایڈم سن
(Adamson) (49) کی بیان کردہ اصابت کی طرح تیز چمکدار روشنی میں تکشف ہونے
پر آبلے بلکہ پھپھولے تا زہ پیدا ہو سکتے ہیں ۔ کھجلی کا درجہ، اور اسی وجہ سے کھر نچنے کے
ثانوی نتائج مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان اضرار کے بعد
انداب ہو یا نہ ہو ۔ یہ ثوران بالخصوص کھلے ہوئے حصّوں پر واقع ہوتا ہے، خاصکر چہرے، پر
اور بازوؤں اور ہاتھوں کی باسط سطحات پر ۔

بحثِ اسباب ۔ انمیں سے بعض اصابتوں میں، بالخصوص جبکہ حقیقی پھپھولے
بنجائیں، اغلب ہے کہ پارفائرنس (porphyrins)، جو ایک خلقی تحوّلی نقص کا نتیجہ
ہوتے ہیں، روشنی کے لئے حساس بنانے والے عاملات ہوتے ہیں ۔ یہ پارفائرنس بول
میں ورائے بنفشئی روشنی سے قوی تزہر ظاہر کرتے ہیں، اور طیف نما کی نسبت اس ذریعہ
سے زیادہ آسانی کے ساتھ شناخت کئے جاسکتے ہیں ۔
دوسری اصابتوں میں پارفائرنس نہیں موجود ہوتے، اور حسّاس کن شئے
نامعلوم ہوتی ہے ۔

علاج ۔ اُن اصابتوں میں جنمیں بظاہر پارفائرنس حساس کن اشیاء ہوتی
ہیں، بجز اسکے کہ روشنی سے بچایا جائے اور کوئی علاج کارگر نہیں ہوتا ۔ دوسری
اصابتوں میں حساسیت ربائی کا کوئی طریقہ آزمانا چاہیئے، مثلاً ذاتی دموی علاج، اور
پیٹون یا اوریل کے پ مادہ کے اشرابات ۔ آخرالذکر بعض اصابتوں میں موثر ثابت
ہوا ہے ۔

بالغی قسم کی نوری حسّاسیت (light-sensitiveness of the adult type) ۔ یہ ایک خوب واضح سریری ذات ہے، جو گاؤ چیچک نما تنفقع سے
اور بچوں میں واقع ہونے والے گرمائی حکاک کی خفیف تر قسموں سے جداگانہ ہے ۔

ذکور کی نسبت اناث زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتی ہیں حالانکہ گاؤ چیچک نما تفقع میں اسکے برعکس حالت ہوتی ہے - روئداد مرض اکثر یہ پائی جاتی ہے کہ سورج کی تیز روشنی میں بالخصوص سمندر کے کنارے منکشف ہونے کے بعد مریض کے کھلے ہوئے حصوں میں حاد التہاب جلد اور شدید خراش پیدا ہوگئی اور اسکے بعد معتدل شدت کی روشنی تک میں مزید منکشف ہونے سے کم و بیش یہی علامات پھر پیدا ہوگئے - یہ اصابتیں اپنی انفرادی حسّاسیت کے درجے کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں - بعضوں میں صرف سورج کی تیز روشنی سے خراش اور ثوران کی تحریک پیدا ہوتی ہے دوسروں میں انتہائی اثر پذیری موجود ہوسکتی ہے، جسکی وجہ سے یہ علامات سرما میں بھی جاری رہتی ہیں -

علامات نام نہاد نوری حساسیت کی بالغی قسم کے سریریاتی خصائص اسقدر ممیّز ہوتے ہیں کہ اس حالت کی تشخیص ایک نگاہ میں ہوسکتی ہے - مریض کے چہرے کی رنگت میں، اسوقت بھی جبکہ کوئی فاعلی ثوران موجود نہو، ایک پیلی مٹیالی جھلک پائی جاتی ہے، اور لبوں کے شنگرفی کنارے کا رنگ ممیّز طور پر نیلگوں رمادی ہوتا ہے - معتدل یا زیادہ شدت والے مریض میں چہرے گردن اور دوسرے کھلے ہوئے عضووں کی جلد واضح طور پر موٹی ہوجاتی ہے اور قدرتی خطوط زیادہ مفخم ہوجاتے ہیں اور یہ تغیرات بلاشبہ ایک حد تک، جیساکہ معمولی حزازیت میں ہوتا ہے، مسلسل رگڑنے اور کھرینچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جنکی تحریک شدید خراش سے پیدا ہوجاتی ہے - درحقیقت یہ ظواہر اُن ظواہر سے نہایت مشابہ ہوتے ہیں جو حسّاسیتی مبداء کے عمومی حکاک میں دیکھنے میں آتے ہیں - اصلی ثوران جو کھلے ہوئے حصوں پر اُسوقت نمودار ہوتا ہے جبکہ مریض کسی شدت کی روشنی میں کھلا ہوا ہو، ابتدائی درجہ میں ایک احمرار ہوتا ہے، جسمیں مختلف درجہ کا مصلی ارتشاح ہوتا ہے، اور جلد کے ماؤف رقبے تیز سُرخ اور کسیقدر اُذیمائی ہوتے ہیں - پھر ایکزیمائیت طاری ہوجاتی ہے، جو ہمیشہ برادمی حسّاسیت کی دلالت ہوتی ہے، اور ایک حاد حملے میں ماسبق احمراری قاعدے پر کثیر التعداد گنجان ایکزیمائی بثور اور آبلے پیدا ہوجاتے ہیں - پوٹے اکثر متورم ہوتے ہیں، جیساکہ کیمیائی یا دوسری خراش آور اشیاء کی وجہ سے پیدا شدہ

اکزیمائی التہاب جلد میں ہوتا ہے۔ اکثر اوقات ثری دار بثور اکزیمائی اضرار کے ساتھ مخلوط ہوتے ہیں، اور شاذ اصابتوں میں روشنی کی مجیبیت خالصۃً ثری قسم کی ہوتی ہے اور کوئی اکزیمائیت نہیں موجود ہوتی۔

حاد حملے نہایت عام طور پر آغاز بہار میں دیکھنے میں آتے ہیں، اور اِنکے رفع ہوجانے کے بعد ممکن ہے کہ سارے گرما میں مریضوں کو کوئی تکلیف نہو، بجز اُسوقت کے جبکہ سورج کی تیز روشنی میں تکشف ہو۔ لیکن زیادہ عام طور پر ثوران کے حاد درجہ کے بعد چہرے، گردن، اور ہاتھوں اور کلائیوں کی پشت کی مزمن اکزیمائیت پیدا ہوجاتی ہے، اور مریض کو شدید خراش کے دورے ستاتے رہتے ہیں جنکی وجہ سے ممکن ہے کہ اُسکی نیند میں شدید خلل واقع ہو۔ ناک، وجنی خطوں اور ٹھوڑی پر اکزیمائی آبلوں میں سے مصلی ارتشاح ہمیشہ نکلتا رہتا ہے، اور اِسکے خشک ہوجانے سے زردی مائل پپڑیاں 926
بنجاتی ہیں۔ مزمن التہاب کی وجہ سے جلد کھردری اور موٹی ہوجاتی ہے، اور مسلسل رگڑنے اور کھرچنے سے بتدریج حزازیت پیدا ہوجاتی ہے۔ گردن پر اور ہاتھوں کی پشت پر جدا جدا حزازیت یافتہ بثور اکثر موجود ہوتے ہیں، اور یہ اُن بثور سے مماثل ہوتے ہیں جو طفولی اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ زیادہ شدید اصابتوں میں جسم کے اُن حصوں پر، جو روشنی میں کھلے ہوئے حصوں کے علاوہ ہوتے ہیں، خراش اور اُسکے ساتھ اکزیمائیت اور حزازیت پیدا ہوسکتی ہے، اور مریضوں کی ایک تھوڑی تعداد میں، جو زمانۂ طفلی سے حکاکِ بیسنیہ میں مبتلا رہے ہوں، بالغ زندگی میں نوری حساسیت پیدا ہوسکتی ہے۔

اِسکا مشاہدہ ہوگا کہ اِن بالغی اصابتوں کے ثوران کے سریریاتی خصائص طفولی قسم کی نوری حساسیت کے خصائص سے معتد بہ طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ آخر الذکر میں اضرار جدا جدا بثوری آبلوں اور پھلوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جو خشک ہوکر پپڑیاں بنادیتے ہیں، اور اکثر گڑھے دار ندبات چھوڑتے ہیں۔ اول الذکر میں جلدی تعامل زیادہ اوپری اور اکزیمائی نوعیت کا ہوتا ہے، اور شدید ترین اصابتوں میں بھی اِنداب کبھی نہیں دیکھا جاتا، بجز اِسکے کہ وہ ثانوی ریم زاد سرایت کے باعث ہو۔ معلوم ہوتا ہے کہ گاؤ چیچک نما تفقع میں ابتدائی التہابی تغیرات اوّلی طور پر

آدمی ہوتے ہیں، لیکن بالغی قسم میں تعامل، جیسا کہ بتلایا گیا ہے، زیادہ اوپری ہوتا ہے، اور برادمی حسّاسیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔

بحث اسباب ۔ اِن اصابتوں کے متعلق تحقیقات (50) کے نتائج حسب ذیل مختصراً بیان کئے جا سکتے ہیں :۔ (۱) اِس امر کا کوئی معیّن ثبوت نہیں ہے کہ روشنی کی یہ حسّاسیت کسی پارفائرن پر منحصر ہوتی ہے ۔ (۲) اِن اصابتوں کے بڑے تناسب میں یا تو بے نمک ترشگی ہوتی ہے یا نمایاں کم تر ترشگی (۸۰ فی صدی اصابتوں میں) ۔ یہی رجحان حکاکِ بیسنیئر میں پایا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ ایک اہم عامل ہو۔ لیکن یہ اِن دونوں حالتوں میں سے کسی ایک میں بھی کسی طرح ایک مستقر عامل نہیں ۔ (۳) براز ـــــ ایک غیر طبیعی معائی نباتیہ (intestinal flora) تقریباً ہمیشہ پایا گیا ہے، اور اُسکے ساتھ زیادہ گندیدگی بھی ظاہر ہوتی ہے۔ غالباً مختلف اقسام کے ایسے قولونی نما عضویوں (coliform organisms) کی موجودگی بھی خاص اہمیت رکھتی ہے، جو لیکٹوز کی تخمیر نہیں کر سکتے یا دیر سے تخمیر کرتے ہیں ۔ (۴) بول ـــــ انڈیکن (indican) یا یورو روسیئن (urorosein) کی نہایت نمایاں زیادتی مثلاً ہمیشہ موجود ہوتی ہے ۔ مزید برآں یورو بائلین (urobilin) کی ایک معیّن زیادتی بھی پائی جا سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ بول کے ایسے نمونوں سے جو چوبیس گھنٹوں میں مختلف وقفوں سے لئے گئے ہوں، ویسے ہی نتائج حاصل ہوں جیسے کہ حسّاسیتی حالتوں میں بیان کئے گئے ہیں۔ (۵) خون ـــــ امینو ایسڈ مافیہ (amino-acid content) عموماً طبیعی کی نسبت زیادہ ہوتا ہے ۔ کئی امتحان کردہ اصابتوں میں وان ڈن برگ کاشفہ (Van den Bergh test) سے ایک مثبت بالواسطہ تعامل حاصل ہوا ہے ۔ (۶) بیریئم کھلانے کے بعد معدی معائی خطّہ کے لاشعاعی امتحان سے تقریباً ہمیشہ سقوط الاحشاء (visceroptosis) کے ساتھ اعور اور قولون کے کسی حصّے میں تاخیر پائی گئی ۔

ان معطیات سے، اور ان پر مبنی علاج کے نتائج سے معقول طور پر یہ نتیجہ نکالا جا سکتا ہے کہ جلد کو حسّاسیت بخشنے والی شئے آنت میں بنتی ہے، جگر میں اُس کی تثبیت اور اتلاف نہیں ہونے پاتا، اور اِسطرح وہ نظامی دوران خون میں پہنچ جاتی ہے ۔ اِس شئے کی ماہیت نامعلوم ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ ناکمل طور پر ہضم شدہ پروٹین

پرگندیدگی زا جراثیم کے فعل کے حاصلات میں سے ہو، یا جیسا کہ ناٹ (Knott) کے تجربات سے اشارہ ہوتا ہے، ایک حل پذیر سم ہو جسے لیکٹوز کی تخمیر نہ کرنے والی قسم کے غیر معمولی قولونی نما عضویے پیدا کردیتے ہیں۔

علاج۔ کثیر التعداد اصابتوں پر مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ روشنی میں کھلی ہوئی جلد کے رقبوں کو محفوظ رکھنے کے علاوہ، واحد اصولِ علاج جس سے ابتک کوئی مستقل آرام حاصل ہوا ہے، یہی ہے کہ ایسی تدابیر اختیار کی جائیں جن سے آنت میں گندیدگی پیدا کرنے والے جراثیم کی بالیدگی رک جائے اور تخمیری عضویوں، مثلاً عصیہ ترشہ پسند (B. acidophilus) کی بالیدگی زیادہ ہو۔ خفیف یا معتدل شدت کی اصابتوں کا علاج حسب ذیل طریقہ سے کیا گیا ہے:۔ (۱) غذا — عملاً نباتی نوعیت کی غذا تجویز کیگئی ہے، جو بالخصوص ہر قسم کی سبزیوں اور کچے اور پکائے ہوئے پھلوں، خستہ اناج کی غذاؤں، مسکے، سادہ پنیر، اعتدال کے ساتھ انڈوں اور گلوکوز، لیکٹوز، یا لیکٹوڈیکسٹرین (lacto- dextrin) کی وافر رسد پر مشتمل ہو۔ (۲) بلند قولونی غسل (high-colon lavage) کا ایک ابتدائی نصاب، جسکے بعد جب ضرورت ہو غیر خراش آور ملیّنات دئے جائیں۔ (۳) بے نمک ترشگی یا کم نمک ترشگی کی اصابتوں میں پروٹین کے سریع اور کامل ہضم میں ترقی دینے کے لئے ہائڈروکلورک ایسڈ (hydrochloric acid) اور پیپسین (pepsin) کا استعمال۔ (۴) عصیہ ترشہ پسند ملا ہوا دودھ یا اُسکی کاشتیں، اور لیکٹوز کھلانا۔ اِسکے علاوہ براز سے حاصل کردہ غیر معمولی قولونی نما عضویوں کی جُدرین
کے اشراب سے، یا اِن عضویوں کی کاشتوں سے تیار کئے ہوئے ضدِ قیشب کو خالی معدہ 927
پر براہِ دہن دینے سے واضح فائدہ حاصل ہونا معلوم ہوتا ہے۔ مقامی طور پر سرخی مائل نقابوں کے پہننے سے، اور کھلے ہوئے حصوں پر ایک زبدہ اور سفوف لگانے سے جسمیں کوئنین موجود ہو (جسکا مشورہ گاؤچیک نما تفقع کے لئے دیا گیا ہے)، روشنی سے بہت تحفظ حاصل ہوسکتا ہے۔

سرمائی حکاک

(prurigo hiemalis)

(حکاکِ سرما = winter prurigo)

حکاک کی یہ قسم فصلِ خریف اور سرما میں ہوتی ہے، اور موسمِ گرما کی آمد کے ساتھ غائب ہوجاتی ہے۔ کھجلی کے دورے عموماً اُسوقت ہوتے ہیں جبکہ کپڑے اُتار کر جلد کو کھلا کر دیا جاتا ہے یا بستر سے اُٹھنے پر ہوتے ہیں۔ یہ کھجلی عموماً رانوں کی اندرونی سطحوں پر، ٹانگوں پر گھٹنوں کے نیچے، پیش بازوؤں کی باسط سطحات پر اور جوڑوں کے گرد شدید ترین ہوتی ہے۔ کھرینچنے سے حزازیت اور جرابی انسحاج پیدا ہوسکتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ خاص تحریکی عامل سردی میں کھلا رہنا ہے۔ جلد کی غیر قدرتی خُشکی، جو موسمِ سرما سے زیادہ شدید ہوجاتی ہے، اکثر اُسی طرح دیکھی جاتی ہے جسطرح کہ شیوخی حکّہ (senile pruritis) میں، اور پھر کھجلی بالخصوص وہاں ہوتی ہے جہاں جِلد قدرتی طور پر سب سے زیادہ خشک ہے، یعنے جوارح کی باسط سطحات پر۔

علاج۔ خشک جِلد والے مریضوں میں، قلوی صابنوں اور جلد جلد گرم غسلوں سے پرہیز کرنا، اور صبح و شام ایک منعّم دافع حکہ مرہم لگانا کامیاب علاج ہوسکتا ہے۔ دشوار علاج اصابتوں میں متبادل گرم اور سرد نطولات سے، اور ہلکے لباس کے ساتھ بیرون خانہ زوردار ورزش کے ذریعہ جلد کی تہییج، یا ورائے بنفشی غسلوں کا ایک نصاب ضروری ہے۔ بعض اوقات ناقص درقیت کے آمارات پائے جاتے ہیں، چنانچہ ایسی اصابتوں میں درقی ادویہ سے جلد کی بناوٹ درست ہوگی اور سردی کے لئے اُسکی حسّاسیت کم ہوجائیگی۔

نملہ شکل التہابِ جلد

(DERMATITIS HERPETIFORMIS)

(Duhring's disease: مرضِ ڈوھرنگ)

(hydroa herpetiformis: غلہ شکل تفقع)

ڈوہرنگ نے اِس اصطلاح کو رائج کیا اور جس مرض کے لئے اِسکا استعمال کیا اُسکی حسب ذیل تعریف بیان کی:- "یہ ایک التہابی، اوپری طور پر واقع ہونے والا کثیر الاشکال نملہ شکل ثوران ہے، جو بالخصوص احمراری، آبلہ دار، قانچی اور پھپولے دار اضرار سے ممیز ہوتا ہے، جو عموماً مختلف امتزاجات میں مرتب ہوتے ہیں، جنکے ساتھ جلن اور کھجلی ہوتی ہے، اور جو اکثر ایک مزمن حمر اور نکس اور توالی کا رجحان رکھتے ہیں"۔ یہ ثوران عام نہیں، لیکن اِسکی ہلکی شکلیں اکثر غیر مشخص رہتی ہیں، اور یہ اِس ملک میں ترقی پذیر معلوم ہوتا ہے۔ ڈوہرنگ نے اِسکی کثیر الاشکال نوعیت پر بجا زور دیا، جس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اِسکی تشخیص میں اُن اشخاص کو جو خاص معلومات نہیں رکھتے کیوں دقت پیش آتی ہے۔

کامل نمو یافتہ ثوران حسب ذیل مختلف اضرار پر مشتمل ہوتا ہے: (۱) احمراری رُقعے، عموماً تہری دار، جنکے خاکے مدوّر یا بیقاعدہ اور چکردار، اور جسامت بہت مختلف ہوتی ہے۔ (۲) تہری دُدوڑے، یا تہری دار بثور جو سادہ حکاک کے بثور سے مشابہ ہوتے ہیں۔ (۳) آبلے، یا زیادہ شاذ حالتوں میں پھپولے، جن سے نملہ شکل منظر پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ عام طور پر احمراری چکتیوں پر اُٹھ آتے ہیں، مگر ان سے الگ بھی بن سکتے ہیں۔ ان کا ماقیہ ابتداءً اکثر صاف ہوتا ہے، مگر ممکن ہے کہ جلد ہی ریمی ہوجائے۔

اِن اوّلی اضرار پر وہ اضرار بھی مستزاد ہوجاتے ہیں جو کھر ینچنے سے پیدا ہوجاتے ہیں، یعنے تارکلات، جن پر خون آلود پپڑیاں جم جاتی ہیں، اور کھرینچوں کے خطی نشانات بنجاتے ہیں، اور یہاں کی جلد ملوّن ہوجاتی ہے۔ یہ لونیت سب سے زیادہ

ماؤف رقبوں پر منتشر ہوتی ہے، لیکن بھورے لطخات (macules) کی طرح بھی واقع
ہوتی ہے، جو آبلے دار یا بثوری اضرار کے چھوڑے ہوئے نشانات یا اوپری ندبات
کے اِرد گرد ہوتے ہیں۔ سکون کے زمانہ میں، اِن لونی چکتیوں کی توزیع اور ممیّز
گروہ بندی کی وجہ سے، فعال علامات کی عدم موجودگی میں بھی، اکثر نملہ شکل التہابِ جلد
کی تشخیص قائم کرنا ممکن ہوتا ہے۔ اِس ثوران کے انتخابی مقامات حسب ذیل ہوتے
ہیں:۔ کندھے، بالائی بازو بغلوں کے قریب، پشت کا زیریں حصہ اور سرینوں کے 928
بالائی حصے، سینہ، پیش بازو اور ٹانگیں گھٹنے سے نیچے۔ خدی مخاطی جھلی مریضوں
کی تقریباً نصف تعداد میں ماؤف ہوتی ہے، اور اسکے اضرار کثیر الاشکال احمرار کے
مشابہ ہوتے ہیں۔ چہرہ، جلد الراس، بلکہ ہتھیلیاں اور تلوے تک سب ماؤف
ہوسکتے ہیں۔

مرض کے اشتدادات اور فترات ہوتے ہیں۔ اُسکے فعال درجہ کے دوران میں
تازہ اضرار تھوڑی سی تعداد میں روزانہ یا چند دنوں میں نمودار ہوتے رہتے ہیں، یا
وسیع حملے نوبتی طور پر ہوسکتے ہیں، اور اُنکے بعد عموماً نسبتہً سکون کے وقفے ہوتے ہیں۔
ثوران کی قسم کا انحصار کسی حد تک ماؤف فرد پر ہوتا ہے۔ چنانچہ بعض مریضوں میں
نملہ شکل اضرار کا غلبہ ہوتا ہے۔ دوسروں میں شری دانہ نور کا غلبہ ہوتا ہے، اور بعض اشخاص
میں بڑے بڑے آبلے یا پھپھولے نمایاں خاصہ ہوتے ہیں۔ اِسی طرح لونیت بھی بہت
مختلف درجہ کی ہوتی ہے۔ شاذ اصابتوں میں آبلے دار اضرار، بالخصوص تعریجات
میں، منبّت ہو جاتے ہیں، جن سے نبتی دادالفقاع (pemphigus vegetans) کی
یاد تازہ ہوتی ہے۔ بچوں میں آبلے دار قسم عام ترین ہے، اور بلاشبہ یہ اُنّا کے صبائی
تفقع (hydroa puerorum of Unna) سے متناظر ہے، اور اِسمیں لونیت کم
ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اسے آبلے دار بثوری شری (bullous papular
urticaria) سے تمیز کرنا مشکل ہو۔ راقم الحروف نے دیکھا ہے کہ آخر الذکر کے بعد
ریعان کے زمانہ میں تمثیلی نملہ شکل التہابِ جلد ہوگیا ہے۔

موضوعی علامات محض کھجلی کی نسبت زیادہ پیچیدہ ہوتے ہیں، اسی واسطے
براک (Brocq) نے کثیر الاشکال التہابِ جلد مؤلم "dermatitis

polymorphes douleureuses") کی اصطلاح استعمال کی ہے۔ کھجلی کے غالب احساس کے علاوہ مریض جلن، جھنجھناہٹ، یا حقیقی درد کی شکایت کرتے ہیں۔ عموماً اُنکی تکلیف رات کے وقت زیادہ ہوجاتی ہے، اور بے خوابی اکثر ایک خطرناک نتیجہ ہوتا ہے۔ اِس مرض کا یہ ایک ممیّز خاصہ سمجھا جاتا ہے کہ عام صحت کی حالت پر بہت کم خراب اثر ہوتا ہے، لیکن شدید اصابتوں میں عرصۂ دراز تک جاری رہنے والی خراش اور بے خوابی کا خراب اثر مریض کی ذہنیت پر بہت نمایاں ہوتا ہے، اور وہ عصبی، جذباتی، بلکہ مائل بہ خودکشی ہوجاتا ہے۔

اِنذار۔ اگرچہ اِن اصابتوں کی اکثریت میں ممکن ہے کہ مرض سالہا سال تک جاری رہے، تاہم زندگی کے متعلق انذار امیدافزا ہوتا ہے۔ لیکن شاذ مثالوں میں ممکن ہے کہ یہ ثوران حقیقی داءالفقاع (true pemphigus) میں بدل جائے، اور بالآخر برگ نما قسم (foliaceous type) کا ہوکر مہلک نتائج پیدا کردے۔

مرضی تشریح۔ احمراری رقعے عروقی اتساع سے بنتے ہیں، جس کیساتھ خاص کر بالائی اَدِمہ کی حلیمی تہ میں اُذیما ہوتا ہے۔ گرد عروقی دریزش ہوتی ہے، جوزیادہ تر ایوسین پسند خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نسبتہً بڑے آبلے اور پھپولے پوری بَرجلد اور حلیمی جسم کے درمیان، یا قرنی طبقہ اور شبکہ کے درمیان انصباب کی وجہ سے، یا شبکہ میں چھوٹے چھوٹے آبلوں کے باہم ملجانے سے بنجائیں۔ مصلی سیّال میں کثیر التعداد ایوسین پسند خلیات موجود ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ بعد میں اِنکی جگہ کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے پیدا ہوکر یہ سیّال ریمی ہوجائے۔ خون کے اندر ایوسین پسند خلیوں کی زیادتی ۵ تا ۳۰ فیصدی مختلف ہوتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ خیال ظاہر کیا گیاہے (51) کہ نملہ شکل التہاب جلد "جلدی عصبی اختناقات کے گروہوں میں، آنت سے پیدا ہونے والے کسی جراثیمی پروٹین کی حساس شدگی پیدا ہوجانے" کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ یہ رائے بنیادی طور پر صحیح ہے۔ حسّی علامات اور اضرار کی نملہ شکل نوعیت سے مترشح ہوتا ہے کہ یہ ثوران جلد کے بعض عصبی عناصر کی ماؤفیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ایوسین پسند خلیوں کی کثرت کے مدنظر، اور اِس واقعہ کے مدنظر کہ نما شکل

التہابِ جلد میں آوریئل (Oriel) نے خون اور بول میں وہی حیاتی کیمیائی تغیرات پائے جو دوسری حساسیتی حالتوں میں ہوتے ہیں، اغلب معلوم ہوتا ہے کہ یہ ثوران حساسیتی نوعیت رکھتا ہے۔ دافع گندیدگی غذا کے نفع بخش اثر سے، اور معائی نباتیہ کی تحقیقات سے پتہ چلتا ہے کہ کم از کم بہت سی اصابتوں میں وہ اینٹی جن، جسکی حساسیت جلد کے عصبی عناصر میں پیدا ہو جاتی ہے، آنت سے ماخوذ ہوتا ہے۔ لیکن اغلب ہے کہ اصلی اینٹی جن تمام اصابتوں میں وہی نہیں ہوتا، اور ثوران کے ممیز خصائص اینٹی جن کی نوعیت پر منحصر ہونے کے بجائے زیادہ تر مخصوص حسّاس شدہ عصبی عناصر پر منحصر ہوتے ہیں۔ اس مرض کا ایک عجیب خاصہ یہ ہے کہ مریض آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم (iodide of potassium) کا اور کسیقدر کم حد تک برومائڈز (bromides) کا عدم تحمل ظاہر کرتے ہیں، خواہ انھیں بیرونی طور پر لگایا جائے یا انکا داخلی استعمال کیا جائے۔ اگر ویسلین (vaselin) کے اندر پوٹاسیئم آیوڈائڈ کا ۵۰ فیصدی مرہم نملہ شکل التہاب جلد کے مندمل شدہ رقبوں پر لگایا جائے تو اُس سے ایک حاد نعامل پیدا ہو جاتا ہے، لیکن حقیقی داء الفقاع (true pemphigus) میں ایسا نہیں پایا جاتا۔ تاہم سوڈیئم آیوڈائیڈ کا اثر ایسا نہیں ہوتا۔

929 براعظم یورپ پر یہ نظریہ قائم کیا جاتا ہے کہ نملہ شکل التہاب جلد مزمن داء الفقاع کی ایک تبدیل شدہ صورت ہے، اور یہ کہ دونوں ایک تقطیر پذیر قشب کی سیرابیت کے باعث ہوتے ہیں۔ اگرچہ ہم تسلیم کرتے ہیں کہ نملہ شکل التہاب جلد کی ایک مثیلی اصابت، داء الفقاع کی اتنی ہی مثیلی اصابت میں مبدّل ہو سکتی ہے، اور ہلاکت پر ختم ہو سکتی ہے، بلحاظ زندگی اول الذکر میں انذار تقریباً ہمیشہ اتنا ہی سلیم ہوتا ہے جتنا کہ آخرالذکر میں خطرناک۔ مزید برآں یہ باور کرنا مشکل ہے کہ نملۂ حملی، جو کہ سریری طور پر نملہ شکل التہاب جلد سے ناقابل تمیز ہے، کسی نوعی ساری عضویہ کے باعث ہو سکتا ہے، کیونکہ اسکا وقوع براہ راست حمل سے تعلق رکھتا ہے، جسکے ختم ہونے پر صحت یابی ہو جاتی ہے۔

علاج۔ شدید اصابتوں میں مریض کو کچھ عرصے تک بستر میں بالکل آرام سے رکھنا چاہئیے۔ صرف اسی سے ممکن ہے کہ ثوران عارضی طور پر صاف ہو جائے۔

جیسا کہ نارمن واکر (Norman Walker) نے بتلایا ہے (52)، فاقہ کشی کا بھی یہی
اثر ہوتا ہے، اور اُس نے ایک شدید اصابت کا اندراج کیا ہے جسمیں ابتدائی روزہ
رکھنے کے بعد مریض کو لبنی نباتی غذا پر رکھنے سے وہ عملاً علامات سے مبرا رہا۔ غذا کے
متعلق وہی قواعد نافذ کرنے چاہئیں جنکی سفارش حساس گری نور کے لیئے کیگئی ہے
(جو ملاحظہ ہوں)، اور کم از کم تھوڑے عرصے تک ہر قسم کے گوشت اور مچھلی کو غذا
سے خارج کردینا چاہیئے۔ امعائی گندیدگی کو کم کرنے کے لئے گلوکوز یا لیکٹو ڈیکسٹرن،
اور ساتھ ہی ترش پسند دودھ آزادانہ طور پر دینا چاہیئے۔ جب ممکن ہو تو بیرون خانہ
زندگی بسر کرنا مناسب ہے، اور تازہ ہوا میں باقاعدہ ورزش پر زور دینا چاہیئے۔
داخلی طور پر۔ سنکھیا، بڑھتی ہوئی مقداروں میں استعمال کرنے سے تقریباً
ہمیشہ ثوران رکا رہیگا اور اسے ایک عارضی تدبیر کے طور پر تجویز کرسکتے ہیں۔ لیکن یہ
اِس مرض کا شفا بخش علاج ہرگز نہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ اکثر چند سے استعمال
کرنے کے بعد اِسکا اثر جاتا رہتا ہے۔ مزید برآں اگر اسے جاری رکھا جائے تو خطرناک
ہوتا ہے، کیونکہ یہ جگر پر سمی اثر رکھتا ہے، اور سرطانی سلعہ (epithelioma) پیدا کردینے
کا اِمکان رکھتا ہے (جسکی کئی اصابتوں کی اطلاع اِس مرض میں دی گئی ہے)۔ کونین
کی بھی بڑی معتادوں میں سفارش کیگئی ہے۔ بلند قولونی آبیاری (high colon
irrigation) کا ایک نصاب نہایت مفید ہوتا ہے، اور جبتک کہ موزوں غذا کے
ذریعہ آنتوں کے فعل میں باقاعدگی قایم نہ ہوجائے، کیلومیل (calomel) کی خفیف
مقداریں اور ملین سلفیٹس (aperient sulphates) کا عارضی استعمال مناسب
ہے۔ مقامی طور پر۔ بیرونی طور پر لگانے کی دواؤں کا فعل محض مخفف ہوتا ہے،
لیکن جیسا کہ ڈوہرنگ (Dohring) نے مشورہ دیا ہے، گندھک کے مرہم
(sulphur ointment) کو مسلسل چند روز تک آزادانہ طور پر لگانے سے اکثر بہت آرام
معلوم ہوتا ہے، مثلاً یہ نسخہ: سلفر پریسی پیٹیٹ (sulphur precipitate) ۳۰
گرین، انگنٹم زنکی (ung. zinci) تا بحد ایک اونس۔ متذکرۂ بالا تدابیر کے علاوہ
عموماً حساسیت ربائی کے کسی طریقے کی ضرورت ہوتی ہے۔ خود زاد دموی یا خودزاد
مصلی علاج (autohæmo-or autosero-therapy) بلاشبہ مفید ہوتا ہے،

نیز یا تو ڈینز (Danyez) کے طریقے سے تیار کردہ ندخور برازی جُدرین (stock fæcal vaccine) کے اشرابات دینے سے فائدہ ہوتا ہے یا اُن قولونی نما عضویوں کی غیر معمولی نسلوں سے جو عموماً نملہ شکل التہابِ جلد کے مریضوں میں پائی جاتی ہیں، خود زاد جُدرین تیار کر کے اُسکے اشرابات دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ لیکن حال ہی میں باربر (Barber) اور اوریئل (Oriel) کو (آخر الذکر کو مریضوں کے بول سے حاصل کردہ) پروٹیوز (proteose) کی مناسب ترقیقوں کے اشرابات کے استعمال سے کئی مریضوں میں حیرتناک نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ راقم الحروف کے ہاتھوں میں حساسیت ربائی کے تا حال استعمال کردہ کسی دوسرے طریقہ کے مقابلہ میں طریقہ سب سے زیادہ بہتر ثابت ہوا ہے۔ جیسا کہ داء الفقاع میں ہوتا ہے، جرمانین (germanin) کے اشرابات بعض اصابتوں میں مفید ثابت ہوتے ہیں۔

محذشی التہاب جلد اور سمّی ثورانات

(DERMATITIS VENENATA & TOXIC ERUPTIONS)

پتہ چلایا جا سکتا ہے کہ التہابِ جلد کی بہت سی قسمیں زہریلے مادّوں کو راست لگانے یا انکو اندرونی طور پر استعمال کرنیسے پیدا ہو جاتی ہیں مثلاً ڈنک مارنے والے بچھوے (stinging nettle (urtica divica) سے پیدا ہونیوالا اثر، جس سے سب واقف ہیں ایسے ہی جلدی التہاب کی خفیف شکل ہے، اور اسکی نسبتہً بہت زیادہ شدید شکل وہ اکزیمائی طفح (eczematous rash) ہے جو پریمولا آبکانیکا (primula obconica) کے پتّوں کے چھونیسے اور فصیلۂ اینا کارڈیئیسی (anacardiaceæ) (جس سے رہس ٹاکسیکو ڈینڈران (rhus toxico dendron) اور ہندوستانی بھلاواں (Indian marking-nut) تعلق رکھتے ہیں) کے پودوں کا رس لگنے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ گل داؤدی (chrysauthemum) آبی نرگس (daffodils)، زنبق الوادی (lilies of the valley) اور بہت سے دوسرے پودے بھی بعض اشخاص میں ایک حاد التہابِ جلد پیدا کر سکتے ہیں۔ خون کے اندر سموم اور مماثل زہروں کی موجودگی کے نتائج ذیل کی حالتوں میں دیکھے جاتے ہیں:۔ امراضِ طفحیہ (exanthems) کے احمراری ثورانات میں تقیح الدم اور عفونتہ الدم کے ان ثورانات میں جو کبھی کبھی

پیدا ہوجاتے ہیں۔ جُدرین رسانی (vaccination) کے بعد پیدا ہونے والے ثورانات ہیں۔ اور اُن احمراری طفحات میں جو بعض اوقات ڈفتھریائی اور دوسرے ضد سموم کے اشرابات کے بعد پیدا ہوجاتے ہیں۔ یوریا دمویتی التہاب جلد (uræmic dermatitis) ایک سمی تشکل کا التہاب جلد ہے جو گاہے گاہے مرض برائٹ ہیں اواخر علالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ وہ اکثر بثور کی شکل میں یا سرخ ملتہب جلد کی اُبھری ہوئی بڑی بڑی چکتیوں کی طرح شروع ہوتا ہے، جو بالآخر باہم پیوستہ ہوجاتی ہیں جسکا نتیجہ یہ ہوسکتا ہے کہ سارا جسم سُرخ موٹی جلد سے ڈھک جائے۔ بالآخر تقشّر واقع ہوتا ہے، اور بعض اصابتیں تسلخی التہابِ جلد (exfoliative dermatitis) سے 930
قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ آخر میں بعض ادویہ کے زہریلے اثرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے، جو اُسوقت پیدا ہوجاتے ہیں جبکہ اُنھیں حد سے زائد مقدار میں دیا جائے، یا جب وہ گردوں کی راہ سے ناکافی طور پر خارج ہونے کی وجہ سے جسم کے اندر زیادہ مقدار میں رُکی رہتی ہیں، یا مزاج خاص کی صورتوں میں۔

ادویہ کے کھانے سے پیدا ہونیوالے ثورانات

دواؤں سے پیدا ہونے والے ثورانات احمراری، شری، آبلہ دار، پھپھولے دار، پرپٹیورائی، یا کسی دوسری قسم کے ہوتے ہیں۔ پہلی چار قسمیں زیادہ عام ہیں، اور بالخصوص پہلی قسم، یعنے احمرار۔ مندرجہ ذیل سب سے زیادہ اہم ہیں:۔

اینٹی پائرین (antipyrin)۔ سرخ، بثوری یا حصبہ نما ثوران، جو جسم کے بیشتر حصے پر ہوتا ہے، بعض اوقات کھجلی اور مابعد تقشّر کے ساتھ۔ پرپٹیورا، اور بعض اوقات ممیز مُلوّن احمراری چکتیاں بھی دیکھنے میں آتی ہیں۔

سنکھیا۔ شری، سرخبادہ نما طفح، یا چھوٹے بثور۔ براہ دہن یا بذریعہ اشراب سنکھیا کے استعمال کے دوران میں اکثر نطاقی نملہ (herpes zoster) اور سادہ نملہ بھی واقع ہوا ہے۔ سنکھیا کو عرصۂ دراز تک مسلسل استعمال کرنے سے جلد کی عمومی لونیت پیدا ہوگئی ہے، اور بعض اوقات صدفیہ (psoriasis) کی مندمل شدہ چکتیاں نہایت گہرے رنگ سے رنگ جاتی ہیں۔ قرنیّت (keratosis) یا بر جلد کی قرنی تہ کی دبانت بھی واقع ہوجاتی

ہے، جو بالخصوص تلووں اور ہتھیلیوں کو ماؤف کرتی ہے، اور یہ سنہ ۱۹۰۱ء میں بیئر پینے والوں (beer-drinkers) کے سنکھیا سے اتفاقیہ تسمم میں دیکھی گئی۔

بورکس (borax) اور بورک ایسڈ (boric acid) - گاہے بورکس کے اندرونی استعمال، نیز اُسے سطح پر یا اندرونی کہفوں پر لگانے کے بعد التہابِ جلد واقع ہو گیا ہے۔ ثورانات احمراری، اور بعض اوقات پھپھولے دار، بلکہ نزفی تک ہوتے ہیں۔

بروماٹڈز (bromides) - مرگی کے مرض میں بروماٹڈز کے استعمال سے ایک تفطیر صورت ثوران (acneiform eruption) کا وقوع عام ہے۔ اس کے قاتحات عموماً جدا جدا ہوتے ہیں، اور چہرے، سینہ، پشت، یا جلد الراس پر، اور ران پر شعری جرابوں کے اردگرد واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی اصابتوں میں بچوں میں چہرے اور جوارح پر زیادہ وسیع اضرار واقع ہوتے ہیں۔ یہ بڑی بڑی، بیضوی یا گول گہرے سُرخ رنگ کی بہت اُبھری ہوئی چکتیاں ہوتی ہیں، جو متعدد قاتحی نقطوں سے، یا اِنکے پھٹنے کے بعد موٹی پپڑی سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ اِس چکتی کا جرم نرم ہوتا ہے۔ وہ بیشتر دب جاتی ہے، اور پپڑی نکل جاتی ہے، جسکے بعد کوئی ندبہ باقی نہیں رہتا، بلکہ محض ایک مواظب دصتبہ سا رہجاتا ہے۔ اکثر یہ اضرار برومائڈ کا استعمال موقوف کرنے کے چند روز بعد شروع ہوتے ہیں، اور اگر گردوں کا کوئی مرض موجود ہو تو اُس سے اِس دوا کے اخراج میں رکاوٹ ہو کر ان اضرار کے پیدا ہونے میں مدد ملتی ہے۔ کہتے ہیں کہ سنکھیا کے اندرونی استعمال سے اِنکی شفایابی میں ترقی ہوتی ہے، اور اگر برومائڈ کے ساتھ سنکھیا کا استعمال کیا جائے تو ممکن ہے کہ یہ نہ پیدا ہونے پائیں۔ اِحمراری، بثوری اور پھپھولے دار ثورانات بھی پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صحفہ ۱۱۶، ب صفحہ 922)۔

کلورل (chloral) - اِحمراری ثورانات، منتشر سُرخی یا سُرخ بثور، اور گاہے گاہے پرپیُورا۔ یہ زیادہ تر اِس دوا کو عرصۂ دراز تک مسلسل استعمال کرنے کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔

کوپیبا (copaiba) - اِحمرار، جو تیز سُرخ، گول سی یا بیقاعدہ چکتیوں کی

مشتمل ہوتا ہے، جو سطح سے قدرے اُبھری ہوئی، کہیں کہیں باہم پیوستہ، کسیقدر خسرہ کی طرح اور بازوؤں، ٹانگوں، دھڑ، اور چہرے پر ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی پر پوُرا، آبلے اور شری موجود ہوتے ہیں۔ مواظبت ثوران کے بعد ممکن ہے کہ تقشّر واقع ہوجائے۔

کباب چینی (cubebs) سے بھی معلوم ہوتا ہے کہ کبھی کبھی اسی طرح کا طفح پیدا ہوجاتا ہے۔

آیوڈائیڈز (iodides)۔ یہ ثورانات احراری، قائحی، آبلہ دار، پھپھولے دار، گرگکی یا پرپیُورائی ہوتے ہیں۔ احمرار بثوری ہوتا ہے، اور دھڑ، چہرے، اور جوارح پر واقع ہوتا ہے۔ قائحات برومائیڈ کے طفح کے قائحات کی طرح ہوتے ہیں، لیکن جب جُدا جُدا ہوں تو جسامت میں نسبتہً چھوٹے ہوتے ہیں۔ انکی التفائی قسمیں نسبتہً کم عام ہیں، اور زیادہ پھپھولے دار ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ بعض اوقات بڑے بڑے پھپھولے ہوجاتے ہیں۔ ہر پھپھولے کے گرد ایک نہایت تنگ ہالیزہ ہوتا ہے، اور اُسکا ما فیہ صاف اور مصلی ہوتا ہے۔ برومائیڈ کے ثوران کی طرح ممکن ہے کہ یہ ثوران بھی اِس دوا کو موقوف کرنے کے چند روز بعد تک تاخیر پذیر ہوجائے، اور اگر گردے مرضی ہیں تو اِسکے پیدا ہونے کا امکان اور بھی زیادہ ہو۔ اِسکے وقوع کو روکنے کے لئے بطور آزمائش آیوڈائیڈ کے آمیزے کے ساتھ سنکھیا یا ایرومیٹک اِسپرٹس آف امونیا (aromatic spirits of ammonia) ملا دینا چاہئیے یا معتاد کو نصف گلاس پانی میں لینا چاہئیے۔

کونین (quinine)۔ منتشر یا بثوری احمراری طفحات نہایت عام ہیں۔ اِسکے بعد شری قسم کثیر الوقوع ہے۔ اِن دونوں سے شدید کھجلی پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ احمرار کے بعد وسیع تقشّر ہوجائے۔ پرپیُورائی، آبلے دار، اور پھپھولے دار طفحات کم کثرت سے دیکھے جاتے ہیں۔

دوسری ادویہ جن سے کم و بیش اکثر طفحات پیدا ہوجاتے ہیں جو زیادہ تر احمراری یا شری ہوتے ہیں، حسب ذیل ہیں:۔ لفاح (belladona)، قنب ہندی (cannabis indica)، بار بٹ یوریٹز (barbiturates)، پوٹاسیم کلوریٹ (potassium chlorate)، کلوروفارم کا استنشاق، کاڈلیور آئل (cod-liver oil)، ڈجیٹالس

(digitalis)، آیوڈوفارم (iodoform)، پارہ (mercury)، مارفیا (morphia)، افیون (opium) فیناسٹین (phenacetin)، فاسفورک ایسڈ (phosporic acid)، سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid)، سینٹونین (santonin)، جوہر کچلہ (strychnia)، جوز ماثل (stramonium)، سلفونل (sulphonal)، ٹار (tar)، ٹیری بین (tereben)، اور تارپین (turpentine) - احمراری اور حزازہ نما ثورانات، اور بعض اوقات ایک شدید عمومی تسلخی التہاب جلد، دھاتی مرکبات مثلاً سنکھیا، پارہ، بزمتھ اور سونے کے مرکبات کھانے سے پیدا ہو جاتے ہیں -

علاج - طفح پیدا کرنے والی دوا کا استعمال ترک کر دینا چاہیے، اور حابس غسولات، جیسے کہ سب ایسی ٹیٹ آف لیڈ (subacetate of lead)، آکسائڈ آف زنک (oxide of zinc)، یا کلا مائن (calamine) کے غسولات استعمال کرنا چاہیے -

دھاتی تسمم سے پیدا شدہ ثورانات میں سوڈیم تھایوسلفیٹ (sodium thiosulphate) دروں وریدی اشراب کے ذریعہ اور براہِ دہن دونوں طرح دینا چاہیے، اور کیلسیم گلوکونیٹ اور گلوکوس بھی تجویز کرنا چاہیے -

ادویہ کو بیرونی طور پر لگانے سے پیدا ہونیوالے ثورانات

علاجی اثرات کی غرض سے بہت سی ادویہ احمرار اور آبلہ خیزی پیدا کرنے کے لئے بیرونی طور پر لگائی جاتی ہیں، مثلاً ذراریح (cantharides)، فلفل (capsicum)، رائی (mustard)، روغنِ جمال گوٹہ (croton oil)، اور تارپین لفاح، آیوڈین، گندھک، پارے کے مرہم، آرنیکا (arnica)، کرسں اروبن (chrysarobin)، اور پائروگیلک ایسڈ (pyrogallic acid) اگر زیادہ عرصہ تک حساس جلدوں پر لگائے جائیں تو ان سے بھی خراش پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے -

چہرے اور گردن اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے التہاب جلد کا ایک اہم اور کثیر الوقوع سبب بعض غسولات اور خضاب ہیں جو بالوں کے لئے

استعمال کئے جاتے ہیں - انمیں سب سے زیادہ اہم پیرافینائلین ڈائی ایمائن (paraphenylendiamine) ہے، جو بالوں کے کئی محفوظ الحقوق خضابوں میں شامل ہوتا ہے اور فر (fur) کو رنگنے کے لئے بھی استعمال کیا جاتا ہے - یہ نہایت سخت التہاب جلد پیدا کر سکتا ہے، جو اکثر چہرے اور گردن پر شروع ہوتا ہے اور پپوٹوں کی شدید خراش اور ورم پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے - شدید اصابتوں میں ثوران سینہ، پشت، بازوؤں، بلکہ زیرین جوارح تک پھیل سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ تپ، نمایاں کثرت خلیات ابیض اور ایوسین پسند خلیوں کی زیادتی، اور بعض اوقات البیومین بولیت پیدا ہو جائے - کثیر التعداد دوسری اشیاء سے جنمیں سے بہت سی مختلف پیشوں اور حرفتوں میں مستعمل ہیں، بعض افراد میں التہاب جلد کی تحریک ہوتی ہے - انمیں سے مندرجہ ذیل بیان کیجا سکتی ہیں - بہت سے انیلین رنگ (aniline dyes)، کرومک اور پکرک ایسڈ کے ملحات (salts of chromic & picric acid)، فارمالین (formalin)، فوٹوگرافی کے ڈیولپرز (photographic developers) مثلاً میٹال (metol)، قلویات اور ترشے، اور دافعاتِ عفونت، مثلاً کروسیو سبلیمیٹ (corrosive sublimate)، بن آیوڈائڈ (biniodide)، لائسال (lysol)، اور آیوڈوفارم (iodoform) - خوشبوئیں مثلاً زنبق الوادی (lily of the valley) اور بنفشہ (voilets) بسا اوقات عورتوں میں مسبب ہوتی ہیں - التہابِ جلد کی ان اصابتوں میں جو بیرونی خراش آور ادویہ سے پیدا ہو جاتی ہیں (مخدشی التہابِ جلد =dermatitis venenata) ممکن ہے کہ ماؤف شخص میں ایک فطری اثر پذیری موجود ہو، یا ممکن ہے کہ یہ اثر پذیری متعلقہ خراش آور دوا میں بار بار اور متواتر تکشف کی وجہ سے اکتسابی طور پر حاصل ہو جائے - اُس شخص میں جو ایک بار اثر پذیر ہو گیا ہو، اُس سمّی شے کی خفیف سی مقدار میں تکشف ہونے کے بعد التہابِ جلد کے نکس کا امکان پیدا ہو جاتا ہے، گو پہلے وہ اُس شے میں آزادانہ طور پر تکشف کے بعد بھی بے ضرر رہا ہو -

ضربی اور آفتابی التہابِ جلد

(TRAUMATIC & SOLAR DERMATITIS)

جرّاحی حالتوں کے علاوہ، کھرینچنے کے نشانات میں بھی، جیسے کہ حکہ (pruritis)، یرقان، خارشت اور داء القمل (phtheiriasis) میں دیکھنے میں آتے ہیں (جنکا بیان ملاحظہ ہو)، ضربی التہاب جلد (traumatic dermatitis) شناخت کیا جا سکتا ہے۔ یہ اثرات ایک حد تک ریمی عضویوں کی کرر سرایت سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

ضربی التہابِ جلد کی ایک دوسری قسم وہ ہے جو بیماری کا بہانہ کرنے کے لئے عمداً پیدا کر لی جاتی ہے۔ یہ واقعہ عورتوں میں نہایت عام طور پر دیکھا جاتا ہے، جو شورہ کا تیزاب، رائی، ذراریح، آیوڈین، یا دوسری خراش آور ادویہ اِس غرض سے کام میں لا سکتی ہیں۔ مقامِ ضرر عموماً پستان یا کوئی جارحہ ہوتا ہے، کم از کم
932 ایسا حصہ جہاں سیدھا ہاتھ پہنچ سکتا ہو۔ ضرر عموماً سُرخی ہوتی ہے، جس کے ساتھ آبلہ خیزی یا قائحیت موجود ہو یا نہو۔ لیکن ممکن ہے کہ اُسے تقرح پیدا ہونے تک جاری رکھا جائے۔

آفتابی التہابِ جلد (solar dermatitis) [جسے پہلے آفتابی ایکزیما (eczema solare) کہتے تھے] کا سورج کی شعاعوں میں خلافِ عادت تکشف کے بعد پیدا ہونا ایک مشہور و معروف واقعہ ہے، جبکہ یہ شعاعیں کریکیٹ کے میدان، دریا یا سمندر، اور خاصکر الپائن (Alpine) برفستانوں سے منعکس ہوئی ہوں۔ اِسمیں شدید سُرخی اور ورم ہوتا ہے، اور ساتھ ہی چھالے یا پھپھولے بنجاتے ہیں، کھجلی اور چرمراہٹ کے ساتھ درد ہوتا ہے، اور بعد میں آزادانہ تقشّر ہو کر لونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ رانجنی شعاعوں کے طویل تکشّف سے پیدا ہونے والا شدید اور مواظب التہابِ جلد متماثل مبداء کا ہوتا ہے۔

ایکزیما

(ECZEMA)

ایکزیما (جوشش = I boil over) کے صحیح مفہوم کے متعلق اب بھی بہت کچھ غلط ملط موجود ہے، اور بعض اشخاص ایسے ہیں جو اسے بالکل ترک کر کے اسکے بجائے التہابِ جلد (dermatitis) کی اصطلاح استعمال کرنا پسند کرتے ہیں۔ لیکن اگر ہم ایکزیما کو ایک قسم کا جلدی تعامل سمجھیں، جسمیں خوب متعین سریریاتی اور نسیجیاتی خصائص موجود ہوتے ہیں، اور اسے بالذات کوئی یکتا مرض نہ سمجھیں تو یہ مشکل حل ہوجاتی ہے، اور وہ نزاع جو ماہرینِ امراضِ جلد کے درمیان ویلان (Willan) اور بیٹ مین (Bateman) کے زمانہ سے اس امر کے متعلق چلی آرہی ہے کہ ایکزیما کیا ہے اور کیا نہیں ہے، اب بے معنی معلوم ہوتی ہے، اور درحقیقت اس سے کوئی کارآمد نتیجہ نہیں حاصل ہوتا۔

ایکزیما ایک التہابی عمل ہے جو بَرجلد اور اَدمہ کو ماؤف کرتا ہے، اور اُس میں بثری یا مسطح حزازہ (lichen planus) جیسے ثورانات کے برخلاف کوئی واحد ممیز اور مخصوص ضرر نہیں ہوتا، بلکہ وہ متعدد اضرار پر مشتمل ہوتا ہے، جو مختلف درجوں کے دوران میں کہ جن سے التہابی عمل گذرتا ہے مختلف ہوتے ہیں۔

اگرچہ اِن مختلف درجوں کا ارتقا مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے، اُسکی کیفیت حسبِ ذیل بیان کیجاسکتی ہے: ابتدائی ترین، یا احمراری درجہ (erythematous stage) میں احمرار کی ایک جھلکی ہوتی ہے، جس کے کنارے اکثر غیر واضح ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی ماؤف حصوں میں کسیقدر اُذیما ہوتا ہے، جسکے ساتھ تناؤ، سوزش، یا خارش کا احساس ہوتا ہے۔ بعض اوقات التہابی عمل اس سے آگے نہیں بڑھتا، اور اُسکے رفع ہونے کے بعد باریک چھلکا اُتر جاتا ہے اور پھر جلد کی طبعی حالت بہ سرعت بحال ہوجاتی ہے۔ لیکن اکثر اوقات اِس احمراری رقبے پر متعدد چھوٹے چھوٹے اوپری چھالے پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ آبلہ دار درجہ

(vesicular stage) اکزیمائی عمل کی ہیئتوں میں ایک سب سے زیادہ ممیز ہیئت
ہے ۔ اِن چھالوں کے باہم پیوستہ ہوجانے سے اصلی پھپھولے پیدا ہو سکتے ہیں
جن مقامات پر برجلد قدرتی طور پر موٹی ہوتی ہے، مثلاً ہتھیلیوں اور تلووں پر، وہاں
یہ چھالے جلد میں گہرے مدفون ہوتے ہیں اور ممکن ہے بغیر پھوٹے خشک ہوجائیں لیکن
عموماً وہ جلد ہی خود بخود یا کھرینچنے کی وجہ سے پھوٹ جاتے ہیں اور اُنکے اندر سے
ایک صاف مصلی سیّال خارج ہوتا ہے، جو البیومینی ہوتا ہے اور کتان کو سخت
بنا دیتا ہے، اور اِسطرح درجۂ دامعہ (weeping stage) پیدا کردیتا
ہے ۔ کچھ عرصہ تک یہ سیّال بہ کر خشک ہوکر زردی مائل پپڑیاں بنا دیتا ہے، جو
تاوقتیکہ اتفاقاً جدا نہ ہوجائیں یا نیچے کے اخراج سے اوپر نہ اُٹھ جائیں سطح سے
چپکی رہتی ہیں (تجلبی درجہ = encrusted stage) ۔ جیسے جیسے التہاب
رفع ہوتا جاتا ہے، یہ اکزیمائی رقبہ زیادہ شاحب ہوتا جاتا ہے، اِخراج موقوف
ہوجاتا ہے، اور برجلد کی جدید بالیدگی سے اِندمال واقع ہوتا ہے ۔ یہ پپڑی کے
نیچے خود بخود واقع ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ شفایابی میں ترقی ہونے کے بعد یہ
پپڑی عرصہ دراز تک بدستور قائم رہے ۔ لیکن کچھ عرصہ تک نئی قرنی تہ کی تکوین نامکمل
رہتی ہے (قرنیت = parakeratosis)، چنانچہ وہ پتلی اور شفاف رہتی ہے،
اور بڑی بڑی پپڑیوں یا کاغذی چھلکوں کی صورت میں اُتر جاتی ہے (تقشری
درجہ = stage of desquamation) ۔ بالآخر موافق حالات کے تحت جلد کا
معمولی منظر بحال ہوجاتا ہے ۔

ریم زا نبقات سے اکزیمائی سطح کی ثانوی سرایت ہوکر ممکن ہے کہ افراز ریمی
ہوجائے، اور ایسی صورت میں جو پپڑیاں بنتی ہیں وہ غیر شفاف اور سبزی مائل زرد
یا نارنجی رنگ کی ہوتی ہیں، جیسا کہ حقیقی حصفہ (true impetigo) میں ہوتا ہے
(حصفہ دار اکزیما = impetiginised eczema) ۔

بالآخر، اُن اصابتوں میں جنمیں اکزیمائی عمل مزمن ہوجاتا ہے، التہاب کے
جاری رہنے اور مریض کے ماؤف حصّوں کو متواتر کھرینچنے اور رگڑتے رہنے سے
برجلد بیش پرورده اور اَدمہ دَررِیختہ ہوکر جلد موٹی ہوجاتی ہے ۔ اِس تغیر کو جسے

حزازیت (lichenification) کہتے ہیں، حکاک (prurigo) کے عنوان کے تحت 933
بیان کیا گیا ہے۔

مقامی طور پر، ایکزیما خارش، چرمراہٹ، یا سوزش پیدا کر دیتا ہے، اور بعض حصوں میں حرکت کرنے پر درد ہوتا ہے۔ مریض کی عام حالت، وسیع ثوران کی اصابتوں میں بھی، ممکن ہے کہ بہت کم متاثر ہو۔ حاد اصابتوں میں اکثر خفیف سی تپ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ نظامِ ہاضمہ میں فتور کے امارات ظاہر ہوں، جیسے کہ میلی زبان، بدبودار سانس، عدمِ اشتہا، اور پیاس کی زیادتی۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے کہ بےخوابی کی وجہ سے (جو متواتر خارش کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے جو عموماً رات کے وقت اپنی انتہائی شدت کو پہنچتی ہے) شدید ذہنی پستی اور چڑچڑاپن پیدا ہو جائے۔

ایکزیما کے اقسام۔ اگرچہ ایکزیمائیت کے سریریاتی اور نسیجیاتی خصائص دراصل ایک جیسے ہوتے ہیں خواہ وہ کسی سبب سے بھی پیدا ہوئی ہو، تاہم ہم ایکزیما کی بعض قسمیں شناخت کر سکتے ہیں، جنمیں سے ہر قسم مخصوص و ممتاز خصائص رکھتی ہے۔ چنانچہ نہ صرف ثوران کی مخصوص توزیع کی وجہ سے بلکہ اسکے منظر پر سے اکثر یقین کے ساتھ کہا جا سکتا ہے کہ کسی خاص اصابت میں ایکزیما داخلی مبداء کا ہے یا خارجی مبداء کا۔ اُس حاد آبلہ دار ایکزیما کو جو خراش آور اشیاء، مثلاً تارپین، آیوڈین، فارمالین، پیرافینائل انڈیامائن (paraphenylendiamine) اور بعض پودوں سے پیدا ہو جاتا ہے، عموماً اُس ایکزیما سے بلا دقت تمیز کر سکتے ہیں جو اندر سے جذب شدہ اینٹی جن کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ بات یاد رکھنے کے قابل ہے کہ آخر الذکر ایکزیما کے ساتھ جو حکّہ (pruritis) موجود ہوتی ہے وہ بدرجہا زیادہ شدید ہوتی ہے۔ یہاں صرف چند واضح اور ممیّز اقسام کا بیان درج کیا جاتا ہے۔

سکّہ نما ایکزیما (nummular eczema)۔ راقم الحروف کی رائے میں اِس اصطلاح کو اُس قسم کے لئے محفوظ رکھنا چاہیے جو مستدیر رقعوں کی تکوین سے ممیز ہوتی ہے، جو دونوں جانب متشاکل اور نہایت عام طور پر پیش بازوؤں کی پشت، کلائیوں، ہاتھوں، رانوں اور ٹانگوں پر واقع ہوتے ہیں۔ ابتدائی اضرار بڑی جسامت کے بثوری آبلے ہوتے ہیں، جو ممکن ہے کہ منفرد طور پر پیدا ہوں۔

اِنکے باہم پیوستہ ہوجانے سے رقعے پیدا ہوجاتے ہیں، لیکن عموماً مکمل بنے ہوئے رقعوں پر بھی انفرادی آبلے تمیز کئے جاسکتے ہیں۔

اس امر کا امکان معلوم ہوتا ہے کہ وہ اینٹی جن جو اس قسم میں سبب مرض ہوتا ہے، جوئے خون کی راہ سے جلد تک پہنچتا ہے، کیونکہ یہ ناقابلِ قیاس ہے کہ کوئی بیرونی خراش آور شئے ایک علیحدہ آبلہ پیدا کر سکتی ہے، اور جوارح پر کے نمایاں دو جانبی تشاکل سے ایک محمولۂ خون سمّ کا پتہ چلتا ہے (کثیرالاشکال احمرار 'erythema multiforme:" اور صدفیہ psoriasis: سے مقابلہ کرو) لیکن اس اینٹی جن کا ماخذ اور اسکی نوعیت ہمیشہ ایک جیسی نہیں ہوتی۔ اصابتوں کے ایک گروہ میں یہ ابتدائی ماخذ خود جلد میں ہوتا ہے۔ مثلاً دوالی زدہ ٹانگ کا مزمن ساری التہاب جلد، یا ایک دوالی قرحہ عموماً کسی ناموافق مقامی لاسقہ کی وجہ سے کچھ فاصلہ پر (مثلاً پیش بازوؤں پر) سکہ نما اکزیما کا حملہ پیدا کر سکتا ہے۔ یہاں اینٹی جن (جو شاید ایک جراثیمی سمّ یا اِتلافِ بافت کا ایک حاصل ہوتا ہے) صریحاً ٹانگ پر کے ابتدائی ماسکہ سے جذب ہو کر جوئے خون کی راہ سے جلد کے دوسرے حصوں تک منتقل ہوتا ہے۔ دوسرے گروہ میں مرض کا ماخذ خود جلد نہیں بلکہ کوئی دوسرا عفونتی ماسکہ ہوتا ہے، مثلاً دانت۔ اور ایک تیسرے گروہ میں اینٹی جن بظاہر یا تو معائی ماخذ کا ہوتا ہے، یا پروٹینی تحول کا کوئی مشتق (قدیم مصنفین کا "نقرسی اکزیما" -("gouty eczema":

سمّیم زاعضویوں کے سبب سے اکزیما (eczema due to pyogenic organisms) - ایک زمانہ میں اُنّا (Unna) کا یہ خیال تھا کہ اکزیما جلد کی اُس سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے جو ایک نوعی عضویہ یعنی نبقہ شہتوتیہ (moro-coccus) سے پیدا ہوجاتی ہے۔ شاید وہ اس اصطلاح کے ذریعہ نبقہ عنبیہ کی ایک سے زائد قسم بیان کر رہا تھا۔ لیکن سبوراڈ (Sabouraud) نے غور و احتیاط کے ساتھ تحقیقات کے بعد اس امر پر زور دیا کہ اکزیما کا ابتدائی آبلہ غیر خرد عضویتی ہوتا ہے۔ فی زمانہ یہ عام طور پر تسلیم کرلیا گیا ہے کہ نبقات عنبیہ (بالخصوص نبقہ عنبیہ ذہبیہ) اور نبقات سبحیہ دونوں بعض خاص حالات کے تحت جلد میں اکزیمائی

تعامل پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتے ہیں۔ (ا) ایگزیما نما ساری التہاب جلد (dermatitis infectiosa eczematoides) - یہ نبقی عنبی حالت پہلے بیان کیگئی ہے۔ (ب) نبقی سبحی التہاب جلد (streptococcal dermatitis) - ایگزیمائی التہاب جلد کی یہ قسم نہایت عام طور پر شکنوں میں، دہنوں کے اردگرد، یا سرایت زدہ زخموں یا عفونتی قرحوں کے قرب و جوار میں دیکھی جاتی ہے۔ اکثر جلد میں ایک مزمن انشقاق (chronic fissure) موجود ہوتا ہے، مثلاً کانوں کے پیچھے، پاؤں کی انگلیوں کے درمیان، چڈوں میں، دہن کے زاویوں میں (la perléche)، ناک، آنکھوں، یا مبرز کے مقام پر، جو سرایت کے مزمن ماسکہ کی طرح عمل کرتا ہے۔ ماؤف رقبہ سرخی دار، اُذیمائی، اور چمکدار ہوتا ہے، اور حاشیہ پر اکثر ایک واضح المحدود چھلکے دار کور ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہاں کسیقدر آبلہ خیزی موجود ہو۔ نام نہاد دوالی زاد 934
ایگزیما (varicose eczema) یا سرخ ایگزیما (eczema rubrum) کی بہت سی اصابتیں درحقیقت اسی نوعیت کی ہوتی ہیں، اگرچہ اول الذکر کی خفیف ترشکلیں نبقہ عنبیہ کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ یاد رکھنا چاہئے کہ جلد کی نبقی سبحی سرایت کے ساتھ مزمن یا ناکس التہاب عروق لمفی (relapsing lymphangitis) موجود ہوکر بعض اوقات داءالفیل (elephantiasis) پیدا کر سکتا ہے۔

رضیعی ایگزیما (infantile eczema)۔ نوعمر بچوں میں ثوران کے مختلف اقسام پائے جاتے ہیں، جنھیں غیر صحیح طور پر "رضیعی ایگزیما" کے نام سے موسوم کر دیا جاتا ہے، مگر جو بالکل مختلف اسباب کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور علاجی نقطۂ نظر سے انکے درمیان تفریق ضروری ہے۔ چنانچہ ایسی ایگزیمائیت جو بیرونی خراش آور اشیاء سے یا ریم زا سرایت کی وجہ سے ثانوی طور پر پیدا ہو جائے (اوپر ملاحظہ ہو) شیر خواروں میں واقع ہو سکتی ہے اسیطرح جسطرح نسبتۃً زیادہ عمر کے بچوں میں۔ پہلے بیان کی ہوئی تسمیط جاکیٹ (intertrigo of Jacquet) (طمغر رومالی ("napkin rash") ایک ایگزیمائی التہاب جلد کا نقطۂ آغاز ہو سکتی ہے، جو چڈی کے خطّے سے وسیع طور پر دوسرے حصوں میں پھیل سکتا ہے۔ جیسا کہ بتلایا گیا ہے ایسا التہاب جلد ایک مانیلیا (monilia)، عموماً بولیضی فطر ابیض (oidium)،

(albicans) کی سرایت کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ لیکن ان اصابتوں کے علاوہ شیر خوارو میں ایکزیما کی دو ممتاز قسمیں ہوتی ہیں، جن پر دوسری قسموں کی نسبت " رضیعی ایکزیما ("infantile eczema") کی اصطلاح زیادہ صادق آتی ہے۔ اِنمیں سے ایک دراصل ایک ایکزیما زدہ سیلان الدہنی التہابِ جلد (eczematised seborrhœic dermatitis) ہے، اور دوسری حقیقی ایکزیما (true eczema) ہے جس میں اپنی جن اندر سے جذب ہوتا ہے (حساسیتی قسم = allergic type)۔ اول الذکر اُن شیر خواروں میں ہوتا ہے، جنہیں مابعد زندگی میں وہ مختلف علامات اور سرایتیں پیدا ہوجانے کا اِمکان ہوتا ہے جو سیلان الدہنی حالت کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں۔ آخر الذکر عموماً حساس شدگی کے اُس رجحان کا ابتدائی ترین ظہور ہے، جو ساری عمر مختلف سمّی ذاتی عوارض (toxic idiopathies) (جو ملاحظہ ہو) میں مبتلا ہونیوالوں کا مخصوص وممیز خاصہ ہوتا ہے۔

سیلان الدہنی قسم میں ابتدائی حالت یہ ہوتی ہے کہ شیر خوار بچہ کی جلد الراس کی سرایت اُس تخیلی بذوریہ (pityrosporon) سے ہوجاتی ہے، جو بچہ کی ماں یا نرس کی جلد الراس سے لگ جاتا ہے۔ پہلی علامت یہ ہوتی ہے کہ جُدا جُدا چھلکے دار چکتیاں نمودار ہوجاتی ہیں، جو ابتداءً شعری جرابوں کے اِردگرد واقع ہوتی ہیں، اور بعد میں باہم پیوستہ ہوجاتی ہیں۔ یہ خراش پیدا کردیتی ہیں، جسکی وجہ سے بچہ جلد الراس کو ملتا اور رگڑتا ہے، اور ایک نبقۂ عنبیہ سے ثانوی سرایت واقع ہوجاتی ہے۔ یہ ثوران نیچے کی طرف کانوں کے پیچھے اور اوپر پھیلتا ہوا گردن تک، یا پیشانی پر سے ہوتا ہوا چہرے کے مرکزی حصوں تک، اور پُشت اور سینہ تک پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ بالغوں میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مفصلی تعریجات کو بھی ماؤف کردے۔ ابتدائیہ سُرخی دار چھلکے دار چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جنکا مقابلہ مابعد زندگی کے سیلان الدہنی التہابِ جلد کے ساتھ کیا جاسکتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ جلد کی حساس شدگی واقع ہوجائے، جسکی وجہ سے ابتدائی ثوران معیّن ایکزیمائیت سے پیچیدہ ہوجاتا ہے۔ یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ اگرچہ تمام شیر خوار بچے تخیلی بذوریہ (pityrosporon) کی سرایت میں منکشف ہوتے ہیں، لیکن اُنکی کچھ ہی تعداد (یعنے صرف وہ جو آئندہ

سیلان الدہنی ہوجائینگے) ایسی ہوتی ہے جنہیں ابتدائی عمر میں یہ عضو یہ اچھی طرح جاگزین ہوجاتا ہے، اور فاعلی علامات پیدا کرتا ہے۔ غذا میں کاربوہائیڈریٹس اور چربی کی زیادتی ایک معتد عامل ہوتی ہے، جسطرح کہ وہ سیلان الدہنی سرایتوں والے زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں میں ہوتی ہے۔

رضیعی ایگزیما کی دوسری قسم ایک تازہ ایگزیما ہے، یعنے جو جلد کی کسی پہلے سے موجود یا ماسبق سرایت کا ثانوی نتیجہ نہیں ہوتا۔ یہ بر جلد کی اُس حساس شدگی کے سبب سے ہوتا ہے، جو غذائی کنال سے جذب شدہ اینٹی جن یا اینٹی جنوں کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ ان شیر خواروں کی ایک بڑی تعداد غضبتی ہوتی ہے، اور انمیں غضبیت (ichthyosis)، ایگزیما، حکاک بیسنیئر (Besnier's prurigo)، دمہ یا حمتہ القش (hay fever) کی خاندانی سرگذشت عام ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ جُدرین رسانی (vaccination) اکثر جلد کی حساس شدگی پیدا کرنے میں عامل ہوتی ہے۔ اگرچہ رضیعی ایگزیما کی یہ قسم چھاتی کا دودھ پلائے ہوئے بچوں میں بھی پائی جاسکتی ہے، تاہم یہ اُن بچوں میں جنھیں گائے کے دودھ کی غذا دیگئی ہو زیادہ عام ہوتی ہے، اور اسکا آغاز دودھ چھڑانے کی تاریخ سے ہوسکتا ہے۔ اسکی توزیع سیلان الدہنی قسم کی توزیع سے مختلف ہوتی ہے۔ اکثر یہ تشاکل طور پر گالوں پر اور پیشانی پر شروع ہوتی ہے، اور چہرے کا مرکزی حصہ محفوظ رہتا ہے۔ جوارح پر یہ خم کن سطحات کی نسبت زیادہ تر باسط سطحات کو ماؤف کرتی ہے۔ جلد الراس اور دھڑ بھی ماؤف ہوسکتے ہیں، لیکن عموماً چہرے اور جوارح کے بعد۔ ایگزیمائی رقبوں کی جلد دبیز اور اُذیمائی نظر آتی اور محسوس ہوتی ہے۔ بعض اوقات آبلہ خیزی اور رساؤ ہوتا ہے مگر یہ اکثر خفیف سا ہوتا ہے، اور صرف ملنے اور کھرچنے کے دورے کے بعد ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں خاصہ خارش کی شدت ہے، جو حکاکات (prurigos) کی طرح نوبتی اور عموماً شبانہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شیر خوار بچہ دن کے وقت پرسکون اور خوش رہے، لیکن شام ہوتے ہوتے ایگزیمائی حصے سرخ اور اُذیمائی ہوجاتے ہیں، اور وہ خراش کی بے چینی میں خود کو ملنا اور رگڑنا شروع کردیتا ہے حتیٰ کہ صبح ہوتے ہوتے دورہ رفع

935

ہوجاتا ہے اور وہ سوجاتا ہے۔ اِسطرح اُسمیں وہی نوبیت پائی جاتی ہے جو دوسری حساسیتی حالتوں، مثلاً شری، حکاکات، اور دمہ میں ممیز خاصہ ہوتی ہے، اور یہ چوبیس گھنٹوں میں بول کے تغیرات کے ویسے ہی دورہ سے متناظر ہوتی ہے جو مُسْزمن حساسیتی حالتوں میں بیان کیا گیا ہے (جو ملاحظہ ہوں)۔ کلورائڈز (chlorides) کا احتباس، جسکے ساتھ بافتوں کے آبی مافیہ کی وسیع اور سریع الوقوع تبدیلی ہوتی ہے، غیر ایکزیمائی شیرخواروں کے مقابلے میں ایکزیمائی شیرخواروں میں پایا گیا ہے، اور ایکزیما اور حکہ کے نوبتی اشتدادات اِن اوقات کے ساتھ متناظر ہوتے ہیں جبکہ سیال کے احتباس کے ساتھ جلد میں اِس کا تجمع واقع ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ جلد میں ایکزیمائی تعامل کی تسبیب میں اصلی عامل مالفیجی خلیات کی حساس شدگی ہے، اور چونکہ یہ خلیات نہایت مختلف الاقسام خراش آور اشیا کی حساس شدگی حاصل کرسکتے ہیں، جو جلد تک یا تو راست بیرونی تماس سے پہنچ سکتی ہیں، یا اندر سے جذب ہوکر جوئے خون کی راہ سے پہنچتی ہیں، لہذا ایکزیما کے تمام ممکن اسباب کی تفصیل پیش کرنا صریحاً ناممکن ہے۔ لیکن اُسوقت بھی جبکہ ایکزیما کسی بیرونی خراش آور شئے کی تحریک سے پیدا ہوجائے صریحاً کوئی ایسا عامل یا عاملات ہوتے ہیں جو حساس شدگی کے وقوع کی استعداد پیدا کردیتے ہیں۔ بعض اشخاص میں دوسرے اشخاص کی نسبت بیرونی اور اندرونی دونوں قسموں کے اسباب محرکہ سے ایکزیما پیدا ہوجانے کی قابلیت زیادہ ہوتی ہے، اور یہ قابلیت یا استعدادِ مرض بظاہر فطری (خاصہ ذاتی) اور اکثر موروثی یا اکتسابی ہوسکتی ہے۔ اول الذکر حالت میں وہ شخص اکثر حساس شدگی کے دوسرے مظاہر مسمّی ذاتی عوارض (toxic idiopathies) بھی ظاہر کرتا ہے۔ بلاش (Bloch) نے ایسی اشیاء سے جو عموماً ایکزیمائی تعامل پیدا کردیتی ہیں، ۱۱۳۰ اشخاص کی تندرست جلد کا امتحان کیا تو اُسے معلوم ہوا کہ ۵ فیصدی غیر ایکزیمائی اشخاص کے مقابلہ میں، ۳۵ فیصدی ایکزیما کی صلاحیت رکھنے والے اشخاص میں تعامل ظاہر ہوتا ہے۔ بعض اشخاص میں جلد کی یہ زیادہ اثر پذیری، غالباً دوسرے

ہمی ذاتی عوارض کی طرح، خود آئین عصبی نظام سے اور اُن معدنی لمحات سے تعلق رکھتی ہے، جو اُسکے مشارکی اور نزد مشارکی حصوں کی تنظیم کرتے ہیں۔ اِسکی کوئی شہادت موجود نہیں ہے کہ آخرالذکر کا تعلق جلد کے ساتھ ہے، جسکی وظیفی صحت غالباً تمامتر مشارکی اقتدار کے تحت ہوتی ہے۔ کلاؤڈر (Klauder) اور براؤن (Brown) (44) نے خرگوشوں کی جلد کے معدنی ما فیہ کی تحقیقات کے ذریعہ اس امر کی شہادت پیش کی ہے کہ اعلیٰ درجہ کے کیلسیئم ما فیہ اور ادنیٰ درجہ کے پوٹاسیئم ما فیہ کے ساتھ خراش آور اشیاء سے گھٹی ہوئی اثر پذیری پائی جاتی ہے، اور اِسکے برعکس حالت کے ساتھ بڑھی ہوئی خراش پذیری پائی جاتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ کیلسیئم طبیعی اور کیمیائی عاملات کے تماس سے عضلی بافت اور عصبی بافت دونوں کی خراش پذیری کو کم کر دیتا ہے۔ اور وہ خلوی غشاء کی نفوذ پذیری کو گھٹا دیتا ہے، مگر پوٹاسیئم اور سوڈیئم اُسے زیادہ کر دیتے ہیں، اور خلیہ کو پانی کے لئے زیادہ آخذ بنا دیتے ہیں۔ ایگزیما میں اصلی ضرر شبکہ کا اُڈیما ہوتا ہے، اور جیسا کہ دیکھا گیا ہے، رضیعی ایگزیما کے دَورے کے دوران میں آبی احتباس ہوتا ہے جسکے بعد اِدرار واقع ہوتا ہے۔ لہذا یہ بالکل ممکن ہے کہ معدنی لمحات، مثلاً جلد میں کے کیلسیئم اور سوڈیئم کے لمحات، کے باہمی طبعی توازن کا اختلال، اور اُسکا وہ اثر جو مشارکی عصبی ریشوں پر مترتب ہوتا ہے، ایگزیمائی تعامل کی استعداد پیدا کرنے والا عامل ہو۔ لیکن استعداد یا ذاتی خاصے کا یہ اثر محض اضافی ہوتا ہے کیونکہ گو پرائمولا آبکونیکا (primula obconica) کو ہاتھ لگانے والے اشخاص کی صرف تھوڑی تعداد حساس بنتی ہے، تاہم اِس پودے کا مرتکز خلاصہ استعمال کر کے ہر امتحان کردہ موضوع کو حساس بنانا ممکن ہوتا ہے (42)۔ مزید برآں، نکل کے لمحات (salts of nickle) کو ہمیشہ ہاتھ لگانے والے تمام اشخاص کو بالآخر نکلی التہابِ جلد ہو جاتا ہے۔ لہذا اِس سے صاف ظاہر ہے کہ حساس بننے کا رجحان ایک حد تک زیر بحث خراش آور شے پر یا اُسکے ارتکاز پر منحصر ہوتا ہے۔

ایگزیما کی موقتی تسبیبی جماعت بندی کی کوشش حسب ذیل کی جاسکتی ہے:۔

بیرونی عاملات کی وجہ سے پیدا ہو جانے والا ایکزیما ـــ طبیعی۔
بعض اشخاص میں رگڑ، دباؤ، مسلنے اور کھرچنے وغیرہ کے ذریعہ جلد کی میکانی خراش سے مقامی ایکزیمائیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور اسیطرح زیادہ حرارت میں (مثلاً ایندھن جھونکنے والوں یا آہنگروں کا ایکزیما = (stokers' or blacksmiths' eczema انتہائی سردی، بالخصوص سرد ہواؤں میں، اور کیمیائی (actinic) شعاعوں میں تکشف سے (آفتابی ایکزیما = eczema solare)۔ جلد کا اذیما جو دوالی نما وریدوں سے (دوالی اُذیما) یا کلوی مرض اور قلبی فشل سے پیدا ہوجاتا ہے مقامی ایکزیمائیت کی استعداد پیدا کر دیتا ہے۔

کیمیائی۔ نہایت کثیر التعداد کیمیائی اشیاء ایسی ہیں کہ جب انھیں جلد
936 کے تماس میں لایا جائے، تو ایک حاد یا مزمن ایکزیمائی التہابی جلد پیدا کر سکتی ہیں
اور انہیں سے بہت سی اشیاء مختلف تجارتوں اور پیشوں میں کام میں لائی جاتی ہیں۔ چنانچہ نہایت قلوی صابنوں اور واشنگ سوڈا (washing soda) کا ہمیشہ استعمال ایک کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے (دھوبن کا ایکزیما "Washerwoman's eczema")۔ نمک اور آب شور میں تکشف سے قصابوں کا ایکزیما ('butchers' eczema)، میٹول (metol) میں تکشف سے عکاسوں کا ایکزیما ('photographers' eczema) اور دافع عفونت ادویہ (بالخصوص فارمالین، پرکلورائڈ اور بن آیوڈائڈ آف مرکیوری، لائسال) میں تکشف سے سرجنوں کا ایکزیما (surgeons' eczema) پیدا ہوسکتا ہے۔ پنساریوں اور حلوائیوں میں شکر کو ہاتھ لگانے کی وجہ سے ایکزیما پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ انیلین کے رنگ، پکرک اور کرومک ترشے، بالوں کے خضاب (بالخصوص وہ جنمیں پیرا فینائل اِنڈیامائن paraphenyl - endiamine: موجود ہو)، بالوں کے غسول (hair lotions)، منھ صاف کرنے کی دوائیں (mouth washes) اور منجن، تارپین، گندھک وغیرہ بھی عام اسباب ہیں۔

کیمیائی خراش آوروں، مثلاً آیوڈین، فارمالڈی ہائڈ (formaldehyde)، کونین کے متعلق یہ بتلا دیا گیا ہے کہ حساس شدہ اشخاص میں اِن اشیاء کو براہِ راست

جِلد پر لگانے سے، یا ان کو براہِ دہن یا شراب کے ذریعہ دینے سے دونوں طرح ایگزیما پیدا ہو سکتا ہے۔

"نان بائیوں کے ایگزیما" (bakers'eczema) میں آٹے میں منکشف حصوں کی جلد گیہوں کے اندر کے بعض یا تمام پروٹینوں کے لئے حساس ہوتی ہے، یا وہ کسی ایسی کیمیائی شَے سے پیدا ہو سکتا ہے جو پکانے میں کام میں لائی جاتی ہے۔ ایک یاد رکھنے کے قابل اہم نکتہ یہ ہے کہ بعض مثالوں میں کسی خراش آور شَے سے بعض حصوں کی جِلد اثر پذیر بن سکتی ہے لیکن دوسرے حصّے منیع رہتے ہیں۔ بیرونی خراش آور اشیاء سے پیدا ہونے والا ایگزیما، نیز وہ ایگزیما جو بعض پودوں سے پیدا ہو جاتا ہے، پہلے سمّی التہابِ جِلد (toxic dermatitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگرچہ اِن اصابتوں میں التہابِ جلد کا سبب مُحرّک بیرونی ہوتا ہے، اکثر دوسرے عاملات کا بھی لحاظ لازم ہے۔ اِسمیں کوئی شبہ نہیں کہ عام بنیئی حالت جو فتح ایگزیما کے اِمکان کو کسی نہ کسی طرح متاثر کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ کسی خاص خراش آور شَے کیلئے اثر پذیری کا نمو خرابئ صحت کے آغاز کے ساتھ تناظر ہو۔ سوءِ ہضم، جو عفونتِ دہن (oral sepsis) اور قبض کے ہمراہ موجود ہو، بالخصوص ایک مُعِدّ سبب معلوم ہوتا ہے، اور اغلب ہے کہ ناممکل ہضم و تمثّل، اور سمّی فاضل حاصلات کا غیر موثر اخراج، جِلد کو بیرونی خراش کے لئے زیادہ اثر پذیر بنا دیتے ہیں۔ کم از کم بعض اصابتوں میں عام صحت میں اصلاح ہونے پر التہابِ جِلد پیدا کرنے والی خراش آور شے کیلئے مناعت تمام تر یا جزءً بحال ہو جاتی ہے۔

ایگزیمائیت کے نمو کا دوسرا اہم مُعِدّ عامل سیلان الدہنی حالت ہے، جسکا تذکرہ بعد میں کیا جائیگا، اور فرانس میں ہمارے سپاہیوں میں اِسکے غلبہ سے کم از کم ایک حد تک اُس ثانوی التہابِ جِلد کی شدت کی توجیہ ہوتی تھی جو اکثر خارشت (scabies) کے ساتھ ہوتا تھا۔ مزید برآں سیلان الدہنی اشخاص رائی کی گیس کے التہابِ جِلد (mustard-gas dermatitis) سے زیادہ اثر پذیر پائے گئے، اور اُنمیں خارشت کے لئے گندھک کے مرہم کے معتدل سے

استعمال کے بعد بھی اکزیما پیدا ہوجانے کا زیادہ امکان ہوتا تھا۔

بالآخر غضبت الجلد میں، اور اُن اشخاص میں جنکی جلد نہایت خشک ہوتی ہے، سرد ہوا میں تکشف سے، نیز قلوی صابنوں، سوڈا اور دوسری کیمیائی اشیاء کے استعمال سے جو تحلّلِ شحم ہوتی ہیں، اکزیما کا غیر طبعی رجحان ہوتا ہے۔

داخلی مبداء کا اکزیما (eczema of internal origin)۔ پہلے نوٹ کیا گیا ہے کہ بعض کیمیائی اشیاء کو اشراب کے ذریعہ یا براہِ دہن دینے سے اکزیما پیدا ہوسکتا ہے، لیکن قطع نظر اِسکے، ممکن ہے کہ غذائی اشیاء سے، عفونتی ماسکوں سے، اور غالباً غیر ہضم شدہ پروٹین پر پروٹین پاش جراثیم کے فعل سے اخذ شدہ اینٹی جن بھی اکزیما کا سبب ہوسکتے ہیں۔ غریب مَصل (foreign serum) کے اِشراب سے بعض اوقات نہ صرف معمولی شَری مصلی طفح پیدا ہوجاتا ہے، بلکہ ایک حاد اکزیما بھی نمودار ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ بَرجلدی خلیات اُس مَصل کے اندر کی اینٹی جنی شئے کے لئے حساس ہوجاتے ہیں۔ اِسی طرح بعض اشخاص میں بعض غذائی اشیاء سے ہمیشہ اکزیما کا حملہ ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُسی شخص میں ایک غذا سے شری پیدا ہوجائے اور دوسری غذا سے اکزیما نمودار ہو۔ بچوں میں غذائی اشیاء (مثلاً گائے کے دودھ، اور ایسے اناجوں سے جیسے کہ جئے اور گیہوں، گوبھی، لوبیا، لحم خنزیر، اور گائے کے گوشت) سے اکزیما کا ہونا غیر عام نہیں، اور جیسے جیسے بچہ کی عمر زیادہ ہوتی ہے، اُسمیں دوسرے سمّی ذاتی عوارض (toxic idiopathies) میں سے کسی ایک یا زائد کا پیدا ہوجانا ممکن ہے۔

غذائی حساس گری کے علاوہ، اکزیما کی بعض اصابتیں، بیشتر بالغوں میں، ماسکی سرایت (focal infection) پر منحصر معلوم ہوتی ہیں، اور اغلب ہے کہ کم از کم بعض مثالوں میں یہ اکزیما جراثیمی حساس گری کا ایک منظر ہوتا ہے۔ بالخصوص عفونتِ دہن ایک سببِ محرّک ہوتی ہے، اور اب کثیر التعداد ایسی اصابتوں کا اندراج ہوچکا ہے جنمیں سرایت زدہ دانتوں کو نکالدینے کے بعد

937 دیرینہ اکزیما بہ سرعت غائب ہوگیا۔ نقرس اور اکزیما کے ائتلاف کے متعلق غالباً بہت مبالغہ سے کام لیا گیا ہے، اور اگرچہ کہ اِن دونوں حالتوں کا ایک ساتھ

موجود ہونا یقیناً ممکن ہے، تاہم امراضِ جلد کی سریریات گاہ میں حقیقی سنگینہ زانقرس (true tophaceous gout) کا بیمار شاذ ہی دیکھنے میں آتا ہے۔ قطع نظر اِس ایکزیما کے جو کہ کلوی اذیما کو پیچیدہ کرتا ہے، ایکزیما اور کلوی مرض (renal disease) کے باہمی تعلق کے متعلق بہت کم معیّن معلومات حاصل ہیں، لیکن یُوریمیا (uræmia) میں ایک عمومی ایکزیمائی اور تسلخی التہابِ جلد (exfoliative dermatitis) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں خون کے اندر یوریا کی مقدار ہمیشہ نہایت زیادہ ہوتی ہے اور ثوران نہایت خطرناک اہمیت رکھتا ہے کیونکہ اُسکے ظاہر ہونے کے بعد چند ہی روز کے اندر موت واقع ہو جاتی ہے۔ شکردمویت، شکر آمیز بول (glycosuria) کی خراش اور ساری عضویات مثلاً مانیلیا کی بالیدگی کی وجہ سے فرج یا غلفہ کے اِردگرد ایک محدود المقام ایکزیما پیدا کر سکتی ہے، لیکن قطع نظر اِسکے، ذیابیطس میں ایکزیما کا ہونا غیر عام نہیں۔ سیال کا احتباس، جسکے ساتھ جلد میں اِسکا تجمع ہو، نہ صرف رضیعی ایکزیما میں، بلکہ اندرونی مبداء کے اُن ایکزیماؤں میں بھی ایک اہم عامل ہے جو کہ مابعد زندگی میں دیکھے جاتے ہیں۔ کاربوہائیڈریٹ اور شحم کا وافر استعمال اسکی استعداد پیدا کرتا ہے خاص طور پر اگر سیال کی بڑی مقداریں بھی لیجائیں۔ کئی مشاہدین نے زور دیا ہے کہ عصبی صدمہ یا بار (nervous shock or strain) ایکزیما کا محرک سبب ہوتا ہے، اور بعض اشخاص میں شدید صدمہ یا فکر و پریشانی کے زمانے کے بعد ایک حاد حملہ ہو جانا ممکن ہے لیکن عصبی صدمہ اور ایکزیما کا یہ ایتلاف غالباً بالواسطہ ہوتا ہے۔ معائی تسمم الدم (intestinal toxæmia)، جو زاید گندیدگی اور اِنڈیکن بولیت کے ساتھ پایا جاتا ہے، صریحاً ایکزیما کی ایک قسم کا سبب ہوتا ہے، اور اِس میں ثوران بالخصوص جلد کے اُنھیں حصوں کو ماؤف کرتا ہے جو روشنی میں کھلے رہتے ہیں، یعنے چہرہ، کان، گردن اور ہاتھوں کی پشت۔ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ اِن اصابتوں میں امعاء میں سے کوئی سم جذب ہو کر جلد کو روشنی کے لئے حساس بنا دیتا ہے (ملاحظہ ہو حساس گری نور -(light sensitisation)

سیلان الدھنی ایکزیما (soborrhœic eczema) کی اصطلاح اکثر

سیلان الدہنی التہابِ جلد کے مرادف کے طور پر استعمال کی جاتی ہے - آخر الذکر محض ایک طفیلی سرایت ہے جو تخمیلی بذوریہ (pityrosporon) کی وجہ سے ہوجاتی ہے، اور اِن اضرار میں نبقہ عنبیہ ابیض (staphylococcus albus) بھی فاعلی طور پر بڑھتا ہے - لیکن اوّلی ثوران کو ایک حقیقی ایکزیمائی التہابِ جلد پیچیدہ بنا سکتا ہے، جسکی وجہ بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ برجلد سرایت رساں عضویوں کے لئے حسّاس ہوجاتی ہے (ایکزیمائی ساری التہابِ جلد dermatitis infectiosa eczematoides: کے ساتھ مقابلہ کرو) - یہ ایکزیمائی سیلان الدہنی التہابِ جلد، جیسا کہ بیان کیا گیا ہے، رضیعی ایکزیما کی ایک قسم ہے، لیکن یہ بالغوں میں بھی غیر عام نہیں - دورانِ جنگ میں یہ فرانس میں ہمارے سپاہیوں میں از کار رفتگی پیدا کرنے کا ایک کثیر الوقوع سبب تھا، اور اکثر اِسکو غلطی سے حصفہ (impetigo) تشخیص کرلیا جاتا تھا -

مرضی تشریح - ایکزیما میں جلد کے اندر جو نسیجیاتی تغیرّات پائے جاتے ہیں، وہ مرض کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں - حاد ایکزیما میں حُلیمات میں کے عروقِ شعریہ کا بڑا اِتساع ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اُذیما اور سپید خلیوں کی کسیقدر درریزش ہوتی ہے - برزخی سرحلمہ اُذیمائی ہوجاتا ہے، خاردار خلیئے مفصلی ارتشاح سے علیٰحدہ اور منتکسر ہوجاتے ہیں (اسفنجیت = spongiosis)، اور اِس طرح آبلے بنجاتے ہیں - برجلد کے اِن تغیرّات کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ قرنیت کے عمل میں خلل واقع ہوجاتا ہے - زیادہ مزمن درجوں میں بین حُلیماتی زائدوں میں نمایاں دبازت (داء الشوکیہ = acanthosis)، اور بالائی اَدمہ کی زیادہ زیادہ درریزش، اور ساتھ ہی اتصالی بافت کا تکاثر واقع ہوتا ہے - ناکمل قرنیت (قرنیت = parakeratosis) کی وجہ سے ایسے چھلکے جو نوات دار خلیوں کے جھنڈوں پر مشتمل ہوتے ہیں بنتے ہیں، اور وقتاً فوقتاً اُترتے رہتے ہیں - پُرانی چکیتوں میں جلد کی دبازت نہایت زیادہ ہوسکتی ہے -

علاج - چونکہ جلد کے ایکزیمائی التہاب کے ممکنہ اسباب اِس قدر کثیر التعداد ہوتے ہیں، لہذا یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کامیاب علاج کا دارومدار عموماً ٹھیک

ٹھیک تشخیص پر ہونا چاہئیے۔ اِسطرح بہت سے مریضوں میں، جبکہ وہ دراصل اکیزیمائی قوبا (eczematoid ringworm) میں مبتلا تھے، سالہا سال تک ہاتھوں اور پاؤں کے "نقرسی اکیزیما" ("gouty eczema") کے لئے علاج کیا جاتا رہا، اور حال ہی میں چند سالوں میں حاد اکیزیما کے متوالی حملے جو بعض محفوظ الحقوق شعری خضابات (proprietary hair dyes) کے استعمال کی وجہ سے ہوتے ہیں، زیادہ عام ہوگئے ہیں، اور اِنھیں اکثر بنیئ مبداء کا سمجھ لیا جاتا ہے۔ لہذا اِسپر جتنا زور دیا جائے کم ہے کہ اکیزیما کی ہر اصابت میں سب سے پہلے اس امکان پر غور کرنا چاہئیے کہ کوئی بیرونی خراش آور شئے تو اُسکا سبب نہیں ہے۔ ثوران کی توزیع اور اُسکے آغاز کی سرگزشت سے ہمیں عموماً اِس امر کی تعیین میں مدد ملیگی، لیکن گو سبب مرض صریحاً بیرونی ہو تاہم ممکن ہے کہ 938
اُسکا پتہ چلانا بہت مشکل امر ہو۔

سبب خواہ کچھ بھی ہو، مقامی علاج کا انحصار التہابی عمل کے مخصوص درجے پر ہوتا ہے۔ مثلاً حاد اصابتوں میں جنمیں بیش دمویت آبلہ خیزی یا تدمع ہو، حابس غسولات کو بار بار لگانا چاہئیے۔ جب اکیزیمائی سطح خشک ہورہی ہو تو اس غسول کے بجائے ایک محافظ لئی یا زبدہ استعمال کرنا چاہئیے، اور مزمن چھلکے دار درجہ میں مرہموں سے کام لینا چاہئیے۔ حاد درجے میں مندرجۂ ذیل غسولات مناسب ہیں: (۱) لائکر پلمبائی سب ایسی ٹیٹ (liq. plumbi subacetat., 1dr.) ایک ڈرام، اسپرٹ وائنی ریکٹ، ایک اونس (spirit. vini rect., 1oz.)، ایکوا ڈسٹلا تا بحد ۸ اونس (aq. dest., ad 8 oz)، اور اِسمیں الومینیئم ایسی ٹیٹ (aluminium acetate) ایک تا ۳ فیصدی طاقت میں شامل کیا جاسکتا ہے۔ اِسے نسالہ کی ایک منفرد تہ پر لگا کر اُسے مسلسل تر رکھنا چاہئیے۔ (۲) نسخہ:۔ کلامائنا پری پریٹا (calaminæ præpt.)، زنک آکسائڈ (zinc oxide)، دونوں دو دو ڈرام، گلیسرین ۱½ ڈرام، اِسپرٹ وائنی ریکٹ، ۱½ اونس، ایکوا کیلسس (aq. calcis) تا بحد ۸ اونس۔ (۳) لوشیو نائگرا (lotio nigra.) اور ایکوا کیلسس، مساوی حصوں میں۔ (۴) اِکتھیال (ichthyol) پانی کے اندر ۳ فیصدی۔ بعض اصابتوں میں کلامائن کے غسول کی نسبت اُسکا مروخ (calamine liniment) زیادہ پسندیدہ ہے، مثلاً یہ نسخہ:۔ فینولس لکوئڈ (phenolis liq.) ۱۵ قطرے، زنک آکسائڈ، پلوِس

ایمائلی (pulv. amyli)، کلامائن پری پریٹا، ہر ایک ایک اونس، روغنِ زیتون (ol. olivæ)، آیکوا کیالبس، ہر ایک ۴ اونس۔

لئی کے طور پر لسّر (Lassar) کا مشہور و معروف ضابطہ بیحد مفید ہے:۔

نسخہ :۔ زنک آکسائڈ، پلوس ایمائلی، دونوں دو دو ڈرام، ایسڈ سیلی سلک (acid salicylici) ۱۰ اگرین، پیرافین مولس البا (paraffini mollis alb.) تا بحدّ ایک اونس۔ اسمیں سیلی سلک ایسڈ کو حذف کرکے (کیونکہ وہ بعض اوقات خراش آور ثابت ہوتا ہے) اور قدرے لینولین (lanoline) شامل کرکے ترمیم کی جاسکتی ہے۔ یہ لئی یا ایک زنک کا زبدہ (zinc cream) [مثلاً یہ نسخہ :۔ زنک آکسائڈ، ½ اونس، روغنِ زیتون یا روغن بادام شیریں (ol. olivæ vel amygdalæ dulc) ½ اونس، اڈیپ لانی اَین ہائڈ (adip. lanæ. anhyd.) ایک ڈرام، آیکوا کیالبس، ۳ ڈرام] تنہا استعمال کیا جاسکتا ہے یا ایک اساس کے طور پر جس میں اکتھیال، چوبی یا فحمی ٹار (wood or coal tar) گندھک، ریسارسین (resorcin) اور امونیئیٹڈ مرکیوری (ammoniated mercury)، وغیرہ ملایا جائے۔

تحت الحاد یا مزمن اصابتوں میں، جنمیں ان مہیّج اشیا کی ضرورت پڑتی ہے، ان کے لئے جلد کی برداشت کو بتدریج جانچنے کے لئے پہلے انھیں خفیف مقداروں میں تجویز کرنا چاہئے۔

نہایت مزمن چکتّیوں میں، جنمیں حرازیت واقع ہوگئی ہو، خام کولتار (crude coal tar)، پائروگیلال (pyrogallol)، یوگیلال (eugallol) [جو پائروگیلال کا مانوایسی ٹیٹ (monoacetate) ہے]، بلکہ کرِسَس اروبِن (chrysarobin) تک استعمال کرسکتے ہیں۔ خام کولتار غیر مرقق صورت میں پھریری سے لگا سکتے ہیں، یا اُسے برٹش فارماکوپیا کے پگمنٹم کیزینی (pigmentum caseini B.P.C.) کے ساتھ، یا زنک کی لئی (zinc paste) کے ساتھ شامل کرکے لگا سکتے ہیں [مثلاً خام کولتار ۲ حصّے، زنک آکسائڈ ۲ حصّے، جوار کا نشاستہ (corn starch) ۱۶ حصّے، پٹرولیٹم (petrolatum) ۱۶ حصّے]۔ جب ثانوی ریم زادتہ بہت واقع ہوگئی ہو تو اُسے ہرگز استعمال نہیں کرنا چاہئے۔ اگر اسے غیر مرقق استعمال

کیا جائے تو پہلے ایکزیمائی سطح کو صابن اور پانی سے صاف کر کے اُسپر ٹار کو ہموار تہ میں لگا کر خشک ہونے دینا چاہیئے ۔ اگر مریض کو اِن لاسقات کی برداشت اچھی ہو تو اِنھیں کئی دن تک روزانہ لگاتے رہنا چاہیئے ۔ رضیعی ایکزیما کی حسّاسیتی قسم میں خام کولتار کی متذکرۂ بالا لئی عموماً بدرجہا سب سے زیادہ موثر کار گر مقامی لاسقہ ثابت ہوئی ہے ۔ یُوگیلال (eugallol) ایک سیاہ مایع ہے، جسمیں ۳۳ء۳ فی صدی اُسیٹون (acetone) موجود ہوتا ہے، اور اِسے چند روز تک روزانہ ایک بار لگانا چاہیئے ۔ کِرِس آروبین (chrysarobin) کے استعمال کا بہترین طریقہ مرہم کی صورت میں ہے، اور اِسکے اثرات کو غور سے دیکھتے رہنا چاہیئے ۔

اِن مزمن در ریختہ چکتیوں کے علاج کا سب سے زیادہ قابل قدر طریقہ ہکو لاشعاعوں کے ذریعہ حاصل ہے ۔ یا ایک پوری رفاقی معتاد (full pastille dose) استعمال کر کے اگر ضرورت ہو تو ایک ماہ کے عرصہ میں مکرر دی جائے، یا ایک تہائی رفاقہ کی کسری مقادیر دس دس دن کے وقفوں سے مکرر استعمال کیجائیں ۔ اِن شعاعوں کے استعمال سے موزوں اصابتوں میں کُھجلی میں سریع تخفیف حاصل ہوتی ہے، اور چند ہفتوں میں دبازت یافتہ چکتیوں کا اِنحلال واقع ہوجاتا ہے ۔

ایکزیما کی ہر اصابت کے انصرام میں، دھونے کے مسئلہ پر ہمیشہ غور کرنا چاہیئے خواہ سبب مرض کچھ بھی ہو ۔ حاد یا تحت الحاد درجوں میں صابن ہرگز نہیں استعمال کرنا چاہیئے، لیکن مزمن اصابتوں میں کثیر الشحم صابُن، جس کے ساتھ ٹار یا اِکتھیال (ichthyol) شامل ہو یا نہو، بعض اوقات فائدہ مند ہوتا ہے ۔ حاد اصابتوں میں پانی سے بالکل احتراز کرنا چاہیئے، لیکن تحت الحاد یا مزمن ایکزیما میں ایک فیصدی کا نمکین محلول سے اسفنج کرنا یا غسل دینا شاذ ہی مضر ہوتا ہے، اور اکثر مفید ہوتا ہے، کیونکہ [جیسا کہ وہٹ فیلڈ (Whitfield) اشارہ کرتا ہے] پانی کے خراش آور اثر کا انحصار غالباً اِس حقیقت پر ہے کہ وہ زیر تنشّی ہوتا ہے ۔

عمومی علاج ۔ اندرونی مبداء کے ایکزیما کا کامیاب علاج، انفرادی اصابت
کی پوری پوری تحقیقات پر منحصر ہے، اور صرف خاص اصولوں کا ذکر کیا جائیگا ۔ 939
غذا ۔ وسیع پھیلی ہوئی یا حاد اصابتوں میں ۴۸ گھنٹوں تک ایک ابتدائی

فاقہ قرین مصلحت ہے، اور ازاں بعد تین دن تک غذا کو دودھ کے ۴ گلاسوں تک محدود کر دینا چاہئے، جسکے ساتھ کچھ پھل ہو۔ پھر ایک دافع احتباس نظام غذا شروع کر دینا چاہئے، جسکی تشریح کے لئے سفارش کیگئی ہے، اور کل سیال درآمد روزانہ ۲½ پائنٹ سے نہیں بڑھنی چاہئے۔ الکحل، طاقتور چائے اور کافی (coffee) اور نہایت ترش پھلوں سے قطعی پرہیز کرنا چاہئے۔ رضیعی ایکزیما کی حساسیتی قسم میں بالعموم شیر گاؤ ہرگز نہیں دینا چاہئے۔ اگر بچے کو چھاتی کا دودھ پلایا جا رہا ہے، تو اس امر کا اطمینان کرنا چاہئے کہ ماں کے نظام غذا میں کیلسیئم اور حیاتینوں کی کافی مقدار موجود ہے، اور اسکے لئے مزید کیلسیئم اور کوئی ایسی تجہیز جسمیں حیاتینی مرتکزات ہوں، تجویز کرنا مناسب ہے۔ اگر چھاتی کا دودھ پلانا ناممکن ہے، تو کوئی محفوظ الحقوق غذا مثلاً الماٹا (almata)، جو شیر گاؤ کے بغیر تیار کی ہوئی ہو، آزمانی چاہئے، اور شربت کیلسیائی لیکٹوفاسف۔ بی۔ پی۔ ۳۰ منم (syr. calcu lactophosph. B.P. m30) کی شکل میں مزید کیلسیئم، ایک حیاتینی مرتکز اور نارنگی کے رس کے ساتھ دینا چاہئے۔ اس غذا کو بدل کر ٹھوس نظام غذا کا استعمال حتی الامکان جلد از جلد کرنا چاہئے، اور اسکو تجویز کرنے سے قبل بعض غذاؤں کے ساتھ جلدی کاشفات انجام دینا قرین مصلحت ہے۔ حساسیتی شیر خوار بچے نہ صرف شیر گاؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں، بلکہ بعض ناجوں اور انڈے کے لئے بھی۔ جیساکہ زرنی (Czerny) نے زور دیا ہے، یہ بچے اپنے آبی احتباس کے رجحان کی وجہ سے ایسی غذا پر اچھے رہتے ہیں جسمیں پروٹین کی افراط ہو، اور کاربوہائیڈریٹ، شحم اور سیالات کی تحدید کر دیجائے۔ مندرجۂ ذیل کی سفارش کیجا سکتی ہے، اور انفرادی مزاج خاص کے لحاظ سے اسمیں ردوبدل کیا جاسکتا ہے۔

جن چیزوں کی اجازت ہے وہ یہ ہیں:۔ تازہ پکایا ہوا بے چربی کا گوشت اور مچھلی، چوزہ، جگر، گردے، لبلبہ، اور بھیجا۔ انڈے کی زردی، خانہ ساز یا دوسرا سادہ پنیر۔ ہر قسم کی پکائی ہوئی سبزیاں، مخلوط سلاد، پکائے ہوئے اور کچے پھل (سوائے نہایت ہی ترش پھلوں کے مثلاً گریپ فروٹ، لیموں، انناس اور کشمش)۔ خستہ بے چھنے ہوئے آٹے کا توس (toast)، وائٹاویٹ (Vitaweat)

یا ریویٹا (Ryvita)، مکھن۔ دودھ کا ایک گلاس روزانہ دینا چاہئے، الّا اس صورت میں کہ مریض دودھ کے لئے حساس ہو۔ گنے کی شکر کی بجائے گلوکوز دینی چاہئے۔ نمک بہت کم لینا چاہئے۔ دودھ اور پھل کے علاوہ، سیال درآمد کو روزانہ پانی کے تین چھوٹے گلاسوں تک محدود کر دینا چاہئے۔ مخلوط حیاتینی مرتکز کی تھوڑی سی مقدار اور کیلسیئم کی کسی تجہیز کے ذریعہ اس غذا کی تکمیل کرنی چاہئے، جیسا کہ اوپر مشورہ دیا گیا ہے۔

جن چیزوں سے پرہیز لازم ہے وہ یہ ہیں:۔ جو یا جئی کا دلیہ، گنے کی شکر، مربہ، مارملیڈ، مٹھائیاں، پیسٹری، پڈنگ، کیک، شوربا، شحمیں (سوائے مکھن اور پنیر کے) انڈے کی سفیدی، سؤر کا گوشت، سؤر کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت، کلمہ، ترش پھل۔

داخلی طور پر ادویہ دینا۔ پیشاب کا امتحان، جسکے لئے دن کے مختلف اوقات میں نمونے لئے جاتے ہیں، داخلی علاج کے لئے مفید دلالتیں بہم پہنچاتا ہے۔ اگر بیش ترشگی موجود ہو، خواہ یوریٹی جماؤ کے ساتھ یا اس کے بغیر، تو قلوی مدراتِ بول، مفتح سلفیٹز (aperient sulphates) کے ساتھ ممزوج کر کے، اتنی مقدار میں دینے چاہئیں کہ جس سے صبح سویرے کا پیشاب تعدیلی ہو جائے اور ازاں بعد معتاد کو گھٹا دیا جاتا ہے۔ تاہم اگر کم ترشگی فاسفیٹ بولیت کے ہمراہ پائی جائے، تو ترشوں کی ضرورت ظاہر ہوتی ہے، اور یہ ذرا سی سٹرکنین کے ساتھ دئے جا سکتے ہیں۔ کیلسیئم کے ملحات اکثر نہایت ہی مفید ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک حیاتین د کی پوری معتادوں کے ساتھ ممزوج کر کے دینے چاہئیں۔ شدید یا حاد اصابتوں میں انکا اشراب کیا جا سکتا ہے، جیسا کہ تمری کے لئے مشورہ دیا گیا ہے۔ بیرونی مبداء کے اکزیما میں بھی معلوم ہوتا ہے کہ کیلسیئم اور حیاتین د جلد کی بیش حساسیت کو کم کرتے ہیں۔ اگر کھجلی شدید ہو، اور اسوقت جبکہ بے خوابی ہو، مسکنات ضروری ہیں، مثلاً کیلسیئم برومائیڈ (calcium bromide) ۵ - ۱۰ گرین، یا لیومینال (luminal) $\frac{1}{2}$ گرین روزانہ ۳ بار، اور اگر ضرورت ہو تو سوتے وقت ایک منوم بھی۔ ایسی اصابتوں میں گلوکوز کے محلول

میں کیلسیم یا سٹرانٹیم برومائیڈ (calcium or strontium bromide) (مثلاً ایکزبرال :ekzebrol) کے دروں وریدی اشرابات مفید ہوسکتے ہیں -

بوڑھے آدمیوں میں جنمیں جلد غیر معمولی طور پر خشک اور عام تغذیہ ردی حالت میں ہو، اور غضبنی اشخاص میں، کاڈلیور آئل اور غدۂ درقیہ (thyroid gland) کے استعمال سے اکثر حیرتناک اصلاح ہوجاتی ہے - اول الذکر کے ساتھ مالٹ (malt) اور فولاد (iron) شامل کرسکتے ہیں، اور آخرالذکر کو ابتداءً تھوڑی مقدار سے شروع کرکے مریض کی قوّتِ برداشت کے لحاظ سے زیادہ کرنا چاہیئے -

عفونتِ دہن (oral sepsis) کے علاج کی اہمیت پر جسقدر زور دیا جائے کم ہے کیونکہ بعض اوقات اُن دانتوں کو نکالدینے کے بعد جنکی جڑوں میں پھوڑے ہوں، یا جوفیزی تجیج (pyorrhœa alveolaris) کے علاج کے بعد، ایکزیما کی ایسی اصابتیں شفایاب ہوجاتی ہیں جو دوسری تمام تدابیر سے اثر ناپذیر رہی تھیں - 940
بالآخر، جسمانی یا عصبی خستگی والے مریضوں میں جب کبھی ممکن ہوسکون و آرام اور اُسکے بعد ماحول کی تبدیلی تجویز کرنا چاہیئے -

حساسیّت ربائی (desensitisation) - بیرونی مآخذ کے ایکزیما میں بھی حساسیّت ربائی کے مختلف طریقوں میں سے کوئی نہ کوئی طریقہ مفید ہوسکتا ہے - درحقیقت حرفتی التہابِ جلد کی اصابتوں میں ذاتی دموی یا ذاتی مصلی علاج (autohæmo-or autosero- therapy) سے مریض بلاکسی مزید دقّت کے پھر کام کے قابل ہوسکتا ہے - جیسا کہ کہا گیا ہے، غذائی حساس گری کی وجہ سے پیدا شدہ ایکزیما میں، بتدریج بڑھتی ہوئی معتادوں میں زیر بحث غذا کے مستحلب کے تحت الجلد اشراب سے کامیاب علاج کیا گیا ہے، لیکن عموماً داخلی مبداء کے ایکزیما میں اینٹی جن کی صحیح نوعیت نامعلوم ہوتی ہے، اور غیر نوعی حساسیت ربائی کے کسی نہ کسی طریقہ سے کام لینے کی کوشش کرنی چاہیئے - لیکن اِس امر کی شہادت موجود ہے کہ حسّاس شدہ موضوعوں کے مصل میں ایک شئے ایسی موجود ہوتی ہے جو اُس شخص کے لئے یا کسی دوسرے شخص کے لئے جو اُسی اینٹی جن کے لئے حسّاس شدہ ہو، نوعی ہوتی ہے، چنانچہ ذاتی مصلی علاج کو شاید نوعی حسّاسیت ربائی کا ایک طریقہ سمجھنا چاہیئے - اِس کے

برعکس ذاتی دموی علاج (autohæmotherapy)، جو اپنے اثرات کے لحاظ سے اِسقدر یقینی نہیں، اِسکا مقابلہ غالباً غیر نوعی پروٹین کے اِشرابات کے ساتھ کیا جاسکتا ہے۔اِن دو طریقوں کے علاوہ، اگر پپٹون (peptone) دروں اُدمی، تحت الجلدی، دروں وریدی یا دروں عضلی اشرابات کے ذریعہ دیا جائے تو اکثر مفید ہوتا ہے، اور اسیطرح ''اے اولان'' (''aolan'') اور ''سِب البیومین'' (''cibalbumin'') نام کے محفوظ الحقوق حاصلات بھی مفید ہوتے ہیں۔ اول الذکر کو اکزیما میں دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اُسے ۱ تا ۳ قطروں کی مقداروں میں دروں اُدمی طریقہ سے تین روز سے لیکر سات روز کے وقفوں سے دیا جائے۔

احمراری فلسمانی ثورانات

(ERYTHEMATO-SQUAMOUS ERUPTIONS)

گلابی تنخیل

(pityriasis rosea)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۶۲ اور ۶۳، ب، صفحہ 942)

گلابی تنخیل (pityriasis rosea) (Gibert) بالخصوص اس امر میں اہم ہے کہ اکثر اوقات اِسکی غلط تشخیص کر لیجاتی ہے، تاہم یہ ثوران عموماً اِس قدر ممیز ہوتا ہے کہ اُسکی شناخت میں شاذ ہی کوئی دقت پیش آنی چاہئے۔ غالباً ان اصابتوں کی اکثریت میں ثوران کے عمومی حملے سے کئی دن پہلے خاصی بڑی جسامت کی ایک یا زائد چکتیاں نمودار ہوتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ وہ نظر انداز ہو جائیں۔ یہ ''ہراول چکتیاں'' یا ابتدائی دھبے (''herald patches'' or plaques primitives) مابعد اضرار کی نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں، اور عموماً گردن، دھڑ یا جوارح کے قریبی حصّوں پر دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ کم و بیش مدوّر اور چھلکے دار ہوتے ہیں، اور اِنکا کنارا واضح الحدود ہوتا ہے۔ یہ اکثر غلطی سے داد کی چکتیاں یا سیلان الدہنی

صفحہ (٦٢)



گلابی تنخیل ـ بیضوی تمغے (medaillons) اچھی طرح دیکھے جا سکتے ہیں ـ ذرا بے قاعدہ شکل کی بڑی چکتی جو پستانوں کے درمیان واقع ہے، غالباً ہراول چکتی ہے (سیمن اور مارٹز (Semon & Moritz) کی جلدی امراض کی اٹلس سے)

مقابل صفحہ 940 -

التہابِ جلد کی چکتیاں سمجھ لئے جاتے ہیں۔ عمومی ثوران مقابلۃً ناگہانی طور پر، ایک ثورانی تپ (eruptive fever) کے ثوران کی طرح، پہلے بالائی صدر پر، اور پھر یکے بعد دیگرے گردن، بالائی بازوؤں، شکم اور گردن پر، اور رانوں پر نمودار ہوتا ہے۔ چند چکتیاں پیش بازوؤں، چہرے، اور ٹانگوں کے زیریں حصّوں پر نظر آسکتی ہیں، اور کبھی کبھی تقریباً ساری جلد، بلکہ جلد الراس بھی اُن سے پَٹی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ اضرار چھوٹے گلابی بثور کی طرح شروع ہوتے ہیں، جو محیطی طور پر پھیل کر ممیز مدوّر یا بیضوی چکتیاں بنا دیتے ہیں۔ ایک تمثیلی چکتی میں ایک بیرونی ابھرا ہوا گلابی کنارا، اور ہلکے بادامی رنگ کا ایک مرکزی حصہ ہوتا ہے، جو جھرّی دار منظر پیش کرتا ہے۔ اِن دونوں کے درمیان چھلکوں کا ایک باریک چھوٹا کالر ہوتا ہے، جن کی آزاد کوریں مرکز کی طرف واقع ہوتی ہیں۔ جیسے جیسے ہر چکتی بڑی ہوتی جاتی ہے، ممکن ہے مرکز تقریباً بالکل کمھلا جائے اور اس سے حلقوں کی صورت پیدا ہو جائے، اور حلقہ کی گلابی جھلک محصورہ رقبے کی ہلکی زرد جھلک کے مقابلہ میں تضاد ظاہر کرے۔ کامل نمو یافتہ ثوران کا ایک نہایت ممیز خاصہ یہ ہے کہ بیضوی چکتیاں سینہ اور کوکھ کے گرد ترچھے رُخ میں جاتی ہیں، اور اُنکے لمبے محور سرسری طور پر پسلیوں کے رُخ کے متوازی واقع ہوتے ہیں۔ حملۂ مرض کے ساتھ خفیف کسلمندی، خراشِ حلق اور ہلکی تپ ہو سکتی ہے، لیکن عموماً بنیئی اختلال غیر موجود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کھجلی بالکل نہ ہو، خفیف سی ہو، یا اِسقدر شدید ہو کہ مریض کو نیند نہ آئے۔ لمفی غدد، بالخصوص عنقی گروہ کی کلانی پیدا ہو سکتی ہے۔

بحث اسباب۔ اغلب ہے کہ یہ مرض ایک تقطیر پذیر قشب کی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے، جسکی تطعیم جلد پر ایک یا زیادہ مقامات پر ہو جاتی ہے اور وہاں تکاثر پذیر ہو کر وہ ہراول چکتی (herald patch) پیدا کرتا ہے۔ پھر تقریباً ۵-۱۴ دن کے زمانہ حضانت کے بعد، قیاساً وہ جوئے خون میں پہنچتا ہے اور عمومی ثوران کا موجب ہوتا ہے۔ اس امر کی یقین آفریں شہادت ہے کہ یہ فرضی قشب نئے

941 دروُنی کتان کے ذریعہ منتقل ہو سکتا ہے، جس سے موسم بہار اور خزاں میں اس ثوران کے بڑھے ہوئے حدوث کی توجیہ ہوتی ہے۔ ایسی اصابتیں مندرج ہوئی ہیں جنہیں

ایک شخص کسی دوسرے سے مانگا ہوا کپڑا پہننے سے ماؤف ہوگیا ہے۔ جو کہ اس مرض سے ماؤف تھا۔

دوسرے حملے بہت شاذ ہیں، لیکن گاہے گاہے غیر مشکوک مثالیں ملتی ہیں۔

تشخیص تمثیلی ضرر اپنے گلابی کنارے، چھلکوں کے چھوٹے کالر دار اور جھری دار زردی مائل مرکز کے ساتھ اسقدر ممیز اور ممتاز ہوتا ہے، اور اسکی چکیتوں کی توزیع اور ترتیب اسقدر مستمر ہوتی ہے کہ ایک واقف کار اس مرض کو عموماً ایک نظر میں تشخیص کر سکتا ہے، تاہم اکثر غلطیاں ہو جاتی ہیں۔ ابتدائی درجہ میں اسکا سعفۂ پیچدار (tinea circinata) کے ساتھ یا سیلان الدہنی التہاب جلد (تخیل پیچدار (pityriasis circinata) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا اور نمو یافتہ درجہ میں ثانوی نارۂ (secondary syphilide) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ بلکہ صدفیہ (psoriasis) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔

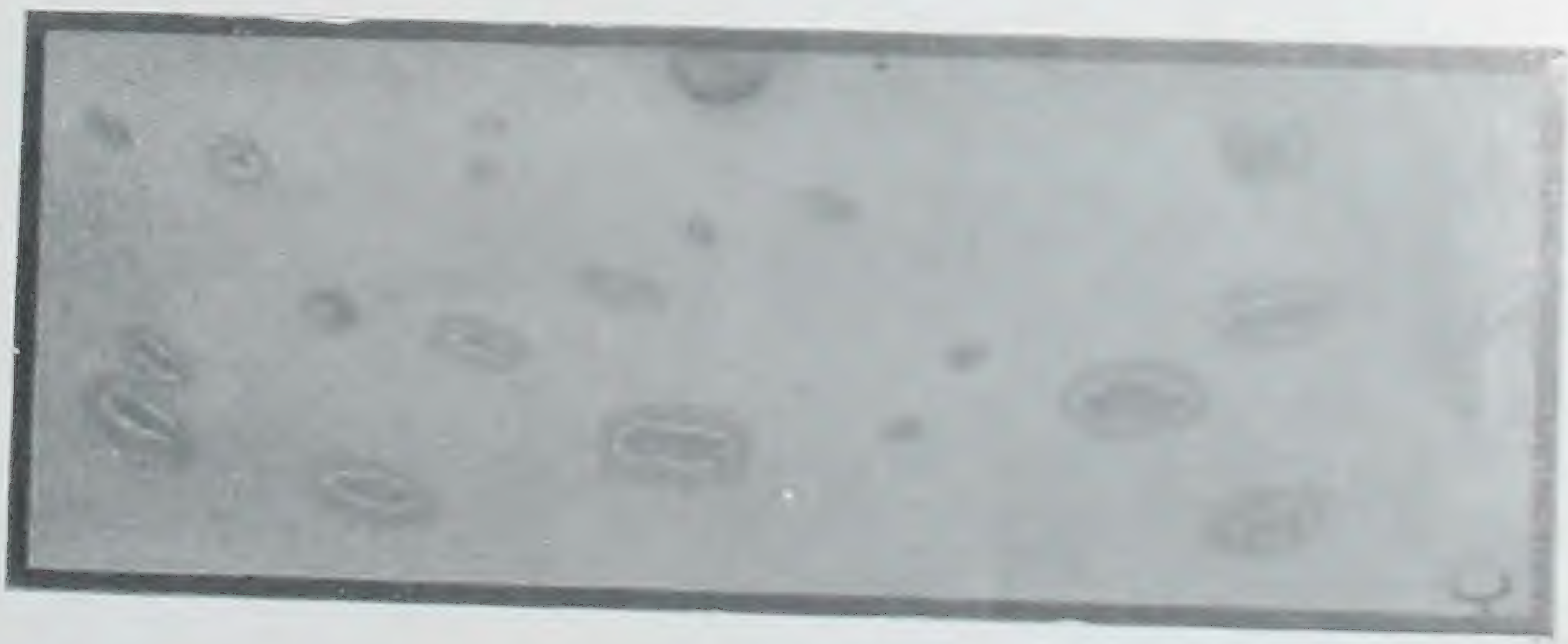
سعفۂ پیچدار (tinea circinate) میں چھلکوں کے خردبینی امتحان سے ایک فطر پایا جاتا ہے۔ سیلان الدہنی التہاب جلد میں چربیلی شکل دار چکیتیاں، اور ساتھ ہی جرابی بثور ہوتے ہیں، اور وہ بالخصوص سینہ کے خطِ وسطی اور پشت پر، اور اکثر جلد الراس اور چہرے پر ہوتا ہے۔ گلابی تخیل کو غلطی سے کبھی گلابی ناریہ نہیں سمجھا جا سکتا، کیونکہ آخرالذکر کبھی چھلکے دار نہیں ہوتا، اور اسیطرح بثوری ناریہ سے بھی اسکو بہ آسانی تمیز کیا جا سکتا ہے، کیونکہ آتشک کے بثور کا رنگ زیادہ سیاہی مائل ہوتا ہے، وہ نمایاں طور پر دررئیختہ ہوتے ہیں، جوارح کے بُعدی حصوں پر نیز چہرے اور جلد الراس پر واقع ہوتے ہیں، اور انکے ساتھ آتشکی سرایت کے دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں، مثلاً خراشِ حلق، مخاطی چکیتیاں، اور نمایاں عمومی غدی التہاب۔ علاوہ بریں عموماً اولی قرحہ بھی مل سکتا ہے۔ صدفیہ (psoriasis) میں چھلکے نسبتہً بڑے ہوتے ہیں اور جب انہیں آہستہ سے کھرچا جائے تو معروف نقرئی منظر پیش کرتے ہیں، اور اس کا ثوران عموماً کہنیوں، گھٹنوں اور جلد الراس پر موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ یہ ثوران تین ہفتوں سے لیکر آٹھ ہفتوں تک میں خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر اسے ناموزوں لاسقات، مثلاً گندھک یا پارے کے استعمال سے خراش پہنچائی جائے تو اسکی مدت زیادہ طویل ہو جاتی ہے۔

صحفہ (٦٣)



ا



الف۔ صدفیہ اور حزازہ مسطح۔ گھٹنے کے گرد صدفیہ کی چکتی ظاہر کرتا ہے جس کے گرد حزازہ مسطح کے چمکیلے چپٹی چوٹی والے بثور دیکھے جا سکتے ہیں۔ مریض کو مزمن صدفیہ تھا اور اس میں حزازہ مسطح کا ایک حاد عمومی حملہ نمویاب ہو گیا۔

ب۔ گلابی تنخیل۔ چھوٹے گلابی بثری عناصر نوٹ کرو نیز وہ ممیز بیضوی چکتیاں جو اس طرح واقع ہیں کہ ان کا طویل محور پسلیوں کے خط کے متوازی ہے۔ ان چکتیوں کا ایک گلابی بیرونی کنارا اور ایک ہلکے بادامی رنگ کا مرکزی رقبہ ہوتا ہے۔ ان کے درمیان سفید چھلکوں کا ایک باریک چھوٹا کالر ہوتا ہے جن کے آزاد کنارے اندر کی طرف واقع ہوتے ہیں۔

مقابل صفحہ 942

مریض کو روزانہ غسل کرنا چاہیئے، جسمیں کانڈی کے سیّال (condy's fluid) کے دو تین میز چمچے ملا دینا مفید ہے، اور غسل کے بعد جلد پر پلو ایسڈ سیلی سلک کمپاؤنڈ بی پی سی (pulv. acidi salicylic comp. B.P.C.) چھڑک دینا چاہیئے یا ایک ہلکا سیلی سلک مرہم استعمال کرنا چاہیئے۔ وِہٹ فیلڈ (Whitfield) مندرجۂ ذیل غسول کو روزانہ دو بار استعمال کرنے کی سفارش کرتا ہے، نسخہ:- پلویس کلامائن پری پریٹا ۳ ڈرام، پلویس زنکی آکسائڈی ۲ ڈرام، اِسپرٹ وائنی ریکٹی ایک اونس، لائکرپس کاربب $\frac{1}{2}$ ڈرام، آکوا روزی تا بحد ۸ اونس۔ یہ مشتبہ امر ہے کہ آیا داخلی علاج خمِ مرض پر کوئی اثر رکھتا ہے۔

صدفیہ

(psoriasis)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۶۳، الف، صفحہ 942)

یہ مرض اُبھری ہوئی سُرخ چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو دبیز نقرئی سپید چپکے ہوئے چھلکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ کثیر التعداد مثالوں میں یہ اضرار پہلے گھٹنے پر رضفہ، رباطِ رضفی اور قصبیہ ہڈی کے درنہ پر، اور کہنی پر زنج پر نمودار ہوتے ہیں۔ یہ مرض بثور سے شروع ہوتا ہے جو بڑے ہو کر وسیع چپٹے رقعے بنجاتے ہیں۔ بثرہ بالکل ابتدا ہی میں ایک غیر شفاف چھلکے سے ڈھکا ہوا نظر آتا ہے، اور اُسکی جسامت میں کلانی پیدا ہونے کے ساتھ ہی یہ چھلکا زیادہ موٹا ہو جاتا ہے بالخصوص مرکز میں، اور سفید نقرئی شکل کا ہو جاتا ہے۔ یہ چھلکا کسیقدر مضبوطی کے ساتھ چپکا ہوا ہوتا ہے اور سُرخ رقعے کے ساتھ ساتھ وسیع ہوتا جاتا ہے، چنانچہ اُسکا سُرخ رنگ اکثر صرف کور پر ہی نظر آسکتا ہے۔ اگر اِس چھلکے کو نکالدیا جائے تو ایک چمکدار تر نظر آنے والی مگر حقیقتہً خشک شوخ سرخ رنگ کی سطح باقی رہتی ہے، جسکا ایک عدسہ سے امتحان کرنے پر متعدد زیادہ گہرے سُرخ نقطے نظر آئینگے، جو بیش دموینی حلیمات ہیں۔ چکتیاں ابتداءً گول یا بیضوی ہوتی ہیں، اور بڑھ کر $\frac{1}{2}$ انچہ، ایک انچہ یا زائد قطر کی ہو جاتی ہیں۔ پہلی چکتیوں کے پاس یا جسم کے دوسرے

حصوں میں تازہ چکتیاں نکل آتی ہیں۔ اگر ایک چکتی بہت بڑی ہوجاتی ہے تو ممکن ہے کہ وہ مرکز میں مندمل ہوجائے اور اِسطرح ایک حلقہ بنادے۔ اُسکے دوسری چکتیوں کے ساتھ پیوستہ ہوجانے سے دَبیبی یا چکردار اشکال پیدا ہوجائینگی ممکن ہے کہ یہ چکتیاں اِسقدر کافی طور پر پھیل جائیں کہ جسم کے بڑے رقبوں کو مسلسل طور پر ڈھانک لیں جسکی وجہ سے اُس دھبّہ کی اصلی شکل شناخت نہیں کیجاسکتی۔ اِن مختلف درجوں کو ظاہر کرنے کے لئے جو مختلف قدیم نام تجویز کئے گئے تھے اُنکی منفعت اِس سے کچھ زیادہ نہیں کہ یہ محض اِنکی صفات بیان کرتے ہیں، مثلاً منقّط صدفیہ (psoriasis punctata)، قطرہ نما صدفیہ (p. guttata)، سکّہ نما صدفیہ (p. nummularis)، پیچدار صدفیہ (p. circinata)، چکردار صدفیہ (p. gyrata)، منتشر صدفیہ (p. diffusa)، ہمہ گیر صدفیہ (p. universalis)۔

942- گھٹنوں اور کہنیوں کے بعد انکے ہم پہلو ٹانگ اور پیش بازو کی باسط سطحات سب سے زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتی ہیں، اور پھر رانیں، پشت، کمر، سینہ، اور شکم۔ اور تمام خطّوں میں نہایت حیرتناک تشاکل دیکھنے میں آتا ہے۔ جلد الراس اور چہرہ عموماً اُسیوقت ماؤف ہوتا ہے جبکہ ثوران کسیقدر وسیع طور پر پھیلا ہوا ہو، لیکن ہتھیلیاں اور تلوے اکثر محفوظ رہتے ہیں۔ کبھی کبھی ناخن بھی ماؤف ہوجاتے ہیں۔ وہ مختلف طور پر مُبدّل، غیر شفاف، موٹے، گڑھے دار، عرضاً فجوے دار یا بہت موٹے اور بدرنگ ہوجاتے ہیں (صفحہ ۶۱، سن صفحہ 922)۔

چھلکوں کی مقدار مختلف مثالوں میں، یا اُسی مریض میں مختلف زمانوں میں مختلف ہوتی ہے۔ رُاوپیا نما صدفیہ (p. rupioides) میں چھلکے چھوٹے مخروطی تودوں کی صورت میں جمع ہوجاتے ہیں، اِسطرح کہ ہر تودہ ایک دائری قاعدے پر ہوتا ہے۔

یہ ثوران عموماً خشک ہوتا ہے، لیکن تعریجات میں تر ہوسکتا ہے یا خراش اور الاستقات کے استعمال کی وجہ سے، اور سیلان الدُہنی اشخاص میں چکتیاں چربیلی

ہونے کا میلان رکھتی ہیں - کھجلی تغیر پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم شدید نہیں ہوتی - اگرچہ اکثر بیان کیا جاتا ہے کہ صدفیہ بالکل تندرست اشخاص میں ہوتا ہے، لیکن یہ شاذ ہی سچ ہوتا ہے یا کبھی سچ نہیں ہوتا -

یہ مرض خود بخود پیدا ہوجاتا ہے، اکثر ابتدائی طفولیت میں، اور اگر علاج نہ کیا جائے تو بھی تین چار ماہ کے بعد رفع ہوجاتا ہے، اور پھر بالکل غیر یقینی وقفہ کے بعد مکرر ہوجاتا ہے - بعض اوقات اسکی توالی سال میں دوبار ہوتی ہے (جسے اکثر ظہور و نخفاء : spring and fall کے الفاظ سے ادا کرتے ہیں)، یا ممکن ہے کہ برسوں کا وقفہ حائل ہو - دوسری اصابتوں میں خفیف سا ثوران باقی رہتا ہے، اور اسمیں وقتاً فوقتاً توسیع ہوتی رہتی ہے - شفایابی کے دوران میں چکتیوں کے مقام کو لونیت کے دھبے ممیز کرتے ہیں، بالخصوص سنکھیا کے استعمال کے بعد -

اقسام - تعریجی قسم (flexural type) - اگرچہ صدفیہ جوارح کے باسطہ سطحات، جلد الراس، اور سری اور عجزی خطوں کو خاص طور پر ماؤف کرنیکا رجحان رکھتا ہے، بعض اوقات یہ تعریجات یا جلد کے قدرتی شکنوں میں حیرت انگیز طور پر محدود ہوتا ہے، مثلاً بین سرینی درز میں، جہاں یہ "حکتہ المبرز" (pruritis ani) کا سبب ہوسکتا ہے، چڈوں میں، زیر پستانی اور خثلی شکنوں میں، اور پس اذنی فضاؤں میں - یہ تعریجی تحیز بالعموم آخر ادھیڑ عمر میں، بالخصوص فربہ اشخاص میں دیکھا جاتا ہے -

داء المفصلی صدفیہ (arthropathic psoriasis) - مرض کی ایک نہایت ہی شدید اور اکثر نہایت ہی دشوار علاج قسم وہ ہے جسمیں اسکے ہمراہ متعدد التہاب مفاصل (multiple arthritis) پایا جاتا ہے - سریری طور پر اگرچہ التہاب مفاصل کی عام خصوصیات وہی ہوتی ہیں جو کہ التہاب مفاصل تشوہی (arthritis deformans) کی عام قسم کی ہوتی ہیں، ہاتھوں اور پاؤں دونوں کے منتہائی بین سلامی مفاصل کی ماؤفیت خاص طور پر عام ہے، اور بالعموم ان مفصلی تغیرات کے ہمراہ ناخنوں کے صدفیہ کی ایک دردناک التہابی قسم پائی جاتی ہے -

بڑے مفاصل کا متوقف استسقا (hydrarthrosis) بھی اِس سے زیادہ کثیر الوقوع ہے کہ جتنا غیر صدفیتی التہاب مفاصل ہیں (53)۔

پیچیدگیاں۔ (ا) عمومی تسلخی التہابِ جلد (general exfoliative dermatitis) یا ہمہ گیر صدفیہ۔ ایک عام احمرار جلد (سرتاپا) موجود ہوتا ہے۔ چند مقامات مثلاً کہنیوں اور گھٹنوں کو چھوڑ کر، باقی جگہ ممیز نقرئی چھلکے داری موقوف ہو جاتی ہے۔ جلد خشک ہی رہتی ہے۔ بال ایک اختلاف پذیر حد تک جھڑ جاتے ہیں، اور ناخن مخلط اور مشوہ ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے ساتھ التہاب مفاصل ہو۔ نسیجیاتی خصائص معمولی صدفیہ کے ہی رہتے ہیں، اور یہ امر تسلخی التہابِ جلد کی اِس قسم کو دوسری قسموں سے متفرق کرتا ہے۔ بعض مزمن صدفیتی مریضوں میں اِس پیچیدگی کے متوالی حملے واقع ہوتے ہیں۔ عمومی حالت بالعموم اچھی رہتی ہے، اور کوئی شدید بنیتی اختلالات واقع نہیں ہوتے۔ بعض اوقات خراش آور لاسقات مثلاً کراسروبن (chrysarobin) یا سگنولین (cignolin) کا غیر عاقلانہ استعمال اس تعمیم کی نمو یابی کا سبب ہوتا ہے۔

(ب) صدفیہ کی ایک نہایت ہی شاذ پیچیدگی ایک ایسا تسلخی التہابِ جلد ہے، جسمیں مصلی رساؤ اور مرئی تکوین قائحی موجود ہوتی ہے۔ یہ ایک نبتی سمی عفونت الدم کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ یہ تر اور قائحی ثوران سرایت کے ممر کے دوران میں معمولی قسم کے خشک عمومی تسلخی التہاب جلد میں مبدل ہو جا سکتا ہے۔

بحث اسباب۔ جیسا کہ سیواٹی (Civatte) نے زور دیا ہے، صدفیہ اور سیلان الدہنی التہابِ جلد کی صدفیتی قسم (جو ایک دوسرے سے قریبی سریریاتی مشابہت رکھ سکتے ہیں) کے نسیجیاتی خصائص کے مقابلہ سے
مترشح ہوتا ہے کہ اول الذکر کے اضرار التہابی تعاملات ہیں جو ایک محمولۂ خون 943
سمّ یا خُرد عضویہ سے جلد میں پیدا ہو جاتے ہیں، اور آخر الذکر کے اضرار ایک بیرونی خرد عضویتی سرایت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جیسا کہ درحقیقت معلوم ہے مرض کا موروثی اور خاندانی رجحان غیر مشکوک ہے (54)، لیکن مشاہدین اسکے

تواتر کے متعلق اختلاف رائے رکھتے ہیں۔ بہت کم نسب نامے شائع کیے گئے ہیں، لیکن ایک اعتدال پسندانہ تخمینہ کے مطابق معلوم ہوتا ہے کہ یہ ۳۰۔۴۰ فیصدی اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔ ایسی مثالیں عام ہیں کہ جنمیں ایک صدفیتی مریض کی ماں یا باپ میں پہلی مرتبہ آخر عمر میں صدفیہ نمودار ہوگیا۔ مرد عورتوں کی بہ نسبت زیادہ اکثر ماؤف ہوتے ہیں۔ یورپ اور شمالی امریکہ میں تناسب تقریباً ۳ : ۲ ہے۔ اگرچہ صدفیہ سب سے زیادہ عام طور پر بلوغ یا ریعان میں شروع ہوتا ہے، تاہم یہ شیر خوار بچوں میں دیکھا جاسکتا ہے، اور اسکا آغاز ادھیڑ یا آخر عمر تک تاخیر پذیر ہوسکتا ہے۔ عورتوں میں یہ بسا اوقات پہلی مرتبہ سن ایاس میں ظاہر ہوتا ہے، جبکہ یہ جلد کے قدرتی شکنوں کو ماؤف کرنے کا خاص طور پر رجحان رکھتا ہے۔

مرض کا اصلی سبب نامعلوم ہے۔ جیسا کہ حال ہی میں رائے دی گئی ہے، ممکن ہے یہ ایک نوعی قشب کی سرایت کے باعث ہو، جسکی فعالیت، سادہ نملہ کے قشب کی فعالیت کی طرح، ایسے عوامل پر منحصر ہے جو مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ اسکے برعکس ممکن ہے یہ اکزیما کی طرح ایک غیر نوعی جلدی تعامل ہو، جسکا رجحان فطری اور اکثر اوقات موروثی ہوتا ہے۔ ہمارے علم کی موجودہ حالت میں ہم صرف معلوم سریری حقائق کا اختصار پیش کر سکتے ہیں، خاص طور پر مختلف محرک عوامل اور دیگر مرضی حالتوں سے اس مرض کے ائتلاف کے بارے میں۔ اصابتوں کی ایک معتدبہ تعداد میں صدفیہ اور حلق کی تسرایت کے درمیان ایک صریح تعلق موجود ہوتا ہے۔ ایسا خاص طور پر اسوقت ہوتا ہے جبکہ یہ مرض پہلی مرتبہ بچپن میں نمودار ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ جسراثی التہاب لوزتین یا قرمزی تپ کے ایک حملے کے بعد حاد طور پر بطور ایک ثوران کے نمودار ہو۔ التہاب لوزتین کے مابعد حملوں کے ساتھ اسکے مزید اشتدادات پیدا ہوتے ہیں۔ چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ حاد نبقی سبحی سرایت ایک ابتدائی محرک عامل ہوتی ہے، یا جب ثوران پہلے سے موجود ہو تو ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا حملہ واقع کرسکتی ہے، لیکن دوسری سرائیتیں مثلاً ذات الریہ اور تپ محرقہ، بالعموم

اسکو عارضی طور پر زائل کر دیتی ہیں۔ بالغوں میں بعض اوقات دانتوں، انفی جوفوں یا دوسری جگہ کی ماسکی نبقی سبجی سرایت اور صدفیہ کے درمیان ایک ظاہری علاقہ پایا جاتا ہے۔ اسکے برعکس اس مرض کی بہت سی اصابتوں میں تحقیقات کرنے پر اسکی کوئی شہادت منکشف نہیں ہوتی۔ داءالمفصلی صدفیہ میں ماسکی نبقی سبجی سرایت، یقیناً التہاب مفاصل اور صدفیہ دونوں کی تسبیب میں ایک غالب عامل ہو سکتی ہے، جیسا کہ راقم الحروف کے مشاہدہ کردہ ایک مریض میں جسمیں بے شمار مردہ دانت اسکا منبع تھے لیکن معلوم ہوتا ہے کہ ایسا سب اصابتوں میں نہیں ہوتا۔ التہابِ مفاصل کے علاوہ، صدفیہ میں اکثر دوسرے زلیتی ظواہر مثلاً التہابِ لیفی (fibrositis) اور التہاب الاعصاب (neuritis) موجود ہوتے ہیں، چنانچہ درد کمر اور عرق النساء عام علامات ہوتے ہیں۔ وہ ثوران جو کہ تقرنِ جلد سوزاکی (keratodermia blenorrhagica) کے نام سے موسوم ہے، جو شاذ طور پر سوزاکی التہابِ مفصل کی پیچیدگی کے طور پر دیکھا جاتا ہے، سریری اور نسیجیاتی ہر دو طرح صدفیہ سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور یہ رائے دیگئی ہے کہ یہ صدفیہ کی ہی ایک قسم ہے، جسکا سوزاکی نبقی سرایت محرک سبب ہے (55)۔ بالآخر، صدفیہ میں تحولی عامل پر غور کرنا ضروری ہے۔ بعض اصابتوں میں بلند بولی ترشگی بھاری یوریٹ جماؤ کے رجحان کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور خون میں یورک ایسڈ کی نمایاں زیادتی پائی جاتی ہے۔ مریض، جنمیں سے بہت سے کثرت شرابخوری میں مبتلا ہوتے ہیں، بالعموم معتدبہ کھجلی کی شکایت کرتے ہیں۔ احتیاط کے ساتھ غذا دینے، الکحل سے اجتناب کرنے، اور قلوی مالحات کے استعمال سے نمایاں اصلاح واقع ہوجاتی ہے، بلکہ ثوران مکمل طور پر زائل ہوجاتا ہے۔ حال ہی میں یہ رائے دیگئی ہے (56) کہ صدفیہ، زرد سلعیت (xanthomatosis) کی طرح، شحم کے ناقص تحول کی وجہ سے ہوتا ہے۔ برگر کا تحملی کا شفہ (Burger's tolerance test) استعمال کرتے ہوئے یہ ادعا کیا گیا ہے کہ صدفیتی مریضوں میں کل مصلی شحم میں تقریباً ۴۰ فیصدی زیادتی پائی جاتی ہے

اور غذا میں شحم کو اقل مقدار تک گھٹا دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف نے اس طریقہ علاج کو کئی اصابتوں میں استعمال کیا ہے، جس سے بعض میں عمدہ نتائج اور دوسروں میں کامل ناکامی ہوئی ہے۔ مختصر یہ کہ صدفیہ نمو یاب ہونے کا رجحان، اصابتوں کی معتدبہ تعداد میں موروثی اور خاندانی ہوتا ہے۔ مرض کا اصلی سبب خواہ کچھ ہی ہو (اگر یہ حقیقت میں نوعی تسبیب رکھتا ہے، اور جلد کا محض غیر نوعی تعامل نہیں ہے، جسکا مقابلہ اکزیما یا ثری سے کیا جائے)
اس میں شبہ نہیں کہ بعض اصابتوں میں حاد یا مزمن نبقی سبحی سرایت، اور 944
بالخصوص التہابِ لوزتین کا اس پر خراب اثر پڑتا ہے، اور التہابِ مفاصل یا دوسری رثیتی علامات، ثوران کے ہمراہ عام طور پر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ نہایت نمایاں نسیجیاتی منظہر قرنیت ہے، جسمیں ذراتی طبقہ غائب ہو کر ناکمل قرنیت واقع ہو جاتی ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنی خلیوں میں اُنکے نوات باقی رہتے ہیں، اور قرنی خلیے مرئی چھلکوں کی صورت میں مجتمع ہو جاتے ہیں، جو معمول کی نسبت زیادہ خشک ہوتے ہیں۔ یہ قرنیت (parakeratosis) بلاشبہ صدفیہ سے مخصوص نہیں، لیکن کسی دوسرے ثوران کی نسبت صدفیہ میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ مالفیجی شبکہ حُلیمات کے درمیان بیش پروردہ ہو جاتا ہے (داء الشوکیہ) اور حلیمات طوالت یافتہ ہو جاتے ہیں لیکن حلیمات کے اوپر وہ پتلا ہو جاتا ہے، اور اُنھیں خلیوں کی صرف چند تہیں قرنیت یافتہ قرنی طبقہ سے جدا کرتی ہیں۔ حلیمات اور جسم حلیمی کسیقدر اُذیمائی ہوتے ہیں، اور اُنکے عروق قسع ہوتے ہیں اور خلیوں کی تھوڑی تعداد سے، خاصکر یک نواتی سپید خلیوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ سیواٹی (Civatte) کی تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ صدفیہ میں اوّلی ضرر کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کا ایک چھوٹا دروں بر ادمی اجتماع (منرو سبوراڈ کا "خرد خراج" = ("micro-abscess" of Munro-Sabouraud) ہے۔ یہ حلیمی عروق سے آکر، مالفیجی شبکہ میں سے گذر کر اُسکی بالائی تہوں میں جمع ہو جاتے ہیں خراجوں کے بننے سے قرنیت کے طبعی عمل میں خلل واقع ہو جاتا ہے، یہ خراجات اور

وہ مالپیجی خلیے جنکے درمیان وہ واقع ہیں، قرنیت یافتہ خلیوں کے تودوں کی شکل میں اتر جاتے ہیں، جو چھلکے بناتے ہیں۔

تشخیص۔ بیشتر اصابتوں میں اِسمیں غلطی نہیں ہوسکتی۔ ممکن ہے کہ خشک ایکزیما کی چکتیاں اِس سے مشابہ ہوں لیکن اُسکی کوریں ایسی تیز، اور چھلکے ایسے موٹے اور نقرئی نہیں ہوتے۔ مزید براں اگر سطح کو ہلکے سے کھرچا جائے تو شبکہ مالپیجی سے متصل کے قطرے رستے ہوئے نظر آئینگے۔ جلد الراس کے صدفیہ میں چھلکے اکثر زرد ہوتے ہیں اور حصفہ (impetigo) کی پپڑیوں کی طرح نظر آتے ہیں لیکن صدفیہ جلد الراس سے آگے پھیل کر پیشانی اور گردن تک چلا جاتا ہے اور عموماً بدن کے دوسرے حصوں کا صدفیہ بھی ہوتا ہے جو ممیز ہوگا۔ مسطح حزازہ (lichen planus) اور سرخ تنخیل (pityriasis rubra) کو اُنکے متذکرہ بیانات پر سے تمیز کرنا چاہیئے۔ پیچدار سعفہ (tinea circinata) کی چکتیاں صدفیہ جیسی نظر آسکتی ہیں، لیکن اُنکی مختصر تعداد، تشاکل کی غیر موجودگی، چھوٹے چھلکوں، اور خردبینی امتحان کے نتائج سے اُنکی نوعیت ظاہر ہوجائیگی۔ احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) چہرے پر اُسکے وقوع، جلد کی نسبتۃً زیادہ دبازت، دُہنی ڈاٹوں اور ندبات کی وجہ سے، اور چھلکے دار آتشکی جلدی ثورانات (scaly syphilides) ضرر کی چھوٹی جسامت، خفیف چھلکے داری، زیادہ بھورے رنگ، اور متلازم علامات کی وجہ سے شناخت ہوتے ہیں۔

علاج۔ مرض کے اسباب کے متعلق جو کچھ کہا گیا ہے، اس سے صاف ظاہر ہے کہ انفرادی اصابت میں اغلب محرک عوامل دریافت کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ اگر متوالی التہابِ لوزتین یا قرمزی بخار کی سرگذشت موجود ہو، اور لوزتین سرایت زدہ معلوم ہوتے ہوں، تو اِنکا انتقاف قرین مصلحت ہے اور اسکے بعد خود زاد نبقی سبحی جدرین کا استعمال کرنا چاہیئے۔ یہ کارروائی بعض اوقات شفا بخش ہوتی ہے۔ سرایت کے دوسرے ممکنہ ماسکوں کی تلاش کرنی چاہیئے، اور جب وہ موجود ہوں تو انکا تدارک کرنا چاہیئے، اور مرض زا عضویات کے لئے معائی نباتیہ کی تحقیقات ہمیشہ مستحسن ہوتی ہے۔ کثیر الدم اشخاص میں

جنمیں ثوران وسیع اور خراش پذیر ہونے کا اور پیشاب یوریٹی جماؤ کے ساتھ بیش ترشئی اور مرتکز ہونے کا رجحان رکھتا ہے، تحدید یافتہ نظام غذا، الکحلی مشروبات سے قطعی پرہیز، اور باقاعدہ ورزش، جسکے ساتھ قلوی مالحات (مثلاً بگیرندہ: میگ سلف mag. sulph : گرین ۱۵، سوڈیائی سلفیٹ sodii sulphate. : گرین ۱۵، سوڈیائی بائی کارب گرین ۲۵، پوٹاسیم سٹریٹ گرین ۳۰، ایک منیتھ پیپ تا بحد ایک اونس دن میں تین بار، کھانے سے پہلے، پانی ملائے بغیر) دئے جائیں بالعموم بسرعت اصلاح واقع کردیگی۔ یہ کہا جاسکتا ہے کہ الکحلیوں میں تا وقتیکہ مریض کو پرہیز پر مجبور نہ کیا جاسکے، صدفیہ شفا ناپذیر ہوتا ہے۔ وہٹ فیلڈ (Whitfield) نے یہ پایا ہے کہ اگر نمایاں انڈیکین بولیت (indicanuria) موجود ہو، تو کریوسوٹ (creosote) کا داخلی استعمال شفا بخش ہوتا ہے۔ جہانتک غذا کا تعلق ہے کوئی خاص قواعد مقرر نہیں کئے جاسکتے۔ فربہ اشخاص میں کاربوہائیڈریٹ اور شحموں کی تحدید کردینی چاہیے۔ ایک تقریباً نباتی حمیہ، اور پست شحم والی غذا جسکی گرٹز (Grutz) نے سفارش کی ہے، بعض اوقات موثر ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں بستر پر مکمل آرام قرین مصلحت ہے، بالخصوص اگر مریض عصبی خستگی میں مبتلا ہو۔

حاد حملوں کے لئے سیلیسین (salicin) یا سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) آزمائش کے قابل ہے، اور مزمن اصابتوں میں سنکھیا [۳-۶ منم لائکر ارسینی کیلس (liquor arsenicalis) خوب ہلکایا ہوا دن میں تین مرتبہ کھانے کے بعد] اپنی شہرت حق بجانب ثابت کرتی ہے۔ غدۂ درقیہ، جسے
کسی زمانہ میں تقریباً نوعی سمجھا جاتا تھا، صرف اُسوقت مفید ہوتا ہے جبکہ ناقص درقیت 945
کے علامات موجود ہوں۔ گندھک کے مرکبات کے انشرابات کسی وقت مقبول عام تھے، اور یقیناً یوریئج (Uriage) میں، جہاں قدرتی گندھک کے پانی کا دروں وریدی انشراب کیا جاتا ہے، اور ہیروگیٹ (Harrogate) میں، علاج کا ایک نصاب بسا اوقات حیرت انگیز نتائج دیتا ہے۔ سیبورآڈ (Sabouraud) نے اپنی سال (Enesol) (salicyl-arsenate of mercury) کے انشرابات کی حمایت کی ہے

جو کہ حزازہ مسطح میں اسقدر مفید ہے، اور فلزی مرکبات، مثلاً سوتھنال (psothanol) سلفرسنال (sulpharsenol) اور مرکولائیڈ (mercolloid) بعض اصابتوں میں نفع بخش ثابت ہوئے ہیں۔ بظاہر ان سے بھی زیادہ موثر سونے کے مرکبات ہیں، مثلاً سلگنال بی اولیوسم (solganal B. oleosum) جسکے ذریعہ راقم الحروف کو حال میں بعض نمایاں نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ وہ طریقہ علاج جس کو ڈینز (Danysx) نے رائج کیا ہے، جس میں برازی عفونیات سے تیار کردہ جراثیمی مستحلبات (۷۰ سینٹی گریڈ پر ہلاک کردہ) کا اشراب بڑھتی ہوئی مقداروں میں تھوڑے تھوڑے وقفوں (۳ - ۵ دن) سے کیا جاتا ہے، کامیاب ثابت ہو سکتا ہے، لیکن بسا اوقات اسمیں ناکامی ہوتی ہے۔ سٹن (Sutton) نے عصیہ قولونی کی مذخور جدرین کے اشرابات کا مشورہ دیا ہے، جسکے ساتھ زوردار مقامی علاج ممزوج کیا جائے، اور راقم الحروف کے ہاتھوں میں یہ سونے کے مرکبات کے استعمال کے سوا باقی ہر طریقہ سے زیادہ معتبر طریقہ ثابت ہوا ہے۔

مقامی علاج۔ اگرچہ کرازوبین (chrysarobin) نہایت ہی فعال مقامی لاسقہ ہے، یہ نہایت ہی خراش آور ہے اور اُسکو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے۔ یہ قول سگنولین (cignolin) پر بھی صادق آتا ہے، جو موجودہ زمانہ میں اسکے بدل کے طور پر رائج ہے۔ آئیل آف کیڈ (oil of cade) سٹاک ہالم ٹار (Stockholm tar) اور کول ٹار (coal-tar) کم سرعت سے موثر ہوتے ہیں۔ ایک حالیہ طریقہ یہ ہے کہ رات کے وقت ایک خام کولتار لئی (pasta picis corbonis B.P.C.) لگائی جائے، اور دوسرے روز چکتیوں کو ماوراء بنفشی روشنی سے مشعع کیا جائے۔ انتقالی اصابتوں میں عام استعمال کے لئے ایک صاف ستھرا لاسقہ، جسکے ہمراہ علاج کے مذکورہ بالا دوسرے طریقے ممزوج کئے جا سکتے ہیں، یہ ہے: نسخہ: لائکر پائسس کاربونس بی پی (liq. picis carbonis B.P.) ۲ ڈرام، ہائیڈرارج ایمون (hydrarg.ammon.) ۵ - ۱۰ گرین، پیسٹا زنکائی کو بی پی سی (pasta zinci co.B.P.C.) تا بحد ایک اونس۔

جلد الراس کے لئے نسخہ:۔ لائکر پائسس کاربونس ۲ ڈرام، ہائڈرارج ایمون ۱۵ گرین،



الف ۔ پاؤں کا فانجی صدفیہ ۔ تلووں کے مرکزی حصوں کی تمتشاکل ماؤفیت ممیز ہے ۔ قاشحات، ان کی تجفیف سے پیدا ہونے والے کھرنڈ، اور خشک صدفیہ نما چھلکے نوٹ کرو ۔



ب ۔ حزازہ مسطح ۔ کلائی کے قریب پیش بازو کی مقدمی سطح ۔ چپٹی چوٹی والے بثور، سرخی مائل ارغوانی جھلک، اور حلقہ دار چکتیوں کی تکوین کا رجحان ملاحظہ ہو ۔ ایک خطی کھرینچ کا نشان جس میں چھوٹے چھوٹے بثور ہو گئے ہیں اچھی طرح نظر آتا ہے ۔

مقابل صفحہ 945 ۔

ایسڈائی سیلی سلسائی (acidi salicylici) ۵ اگرین لینولیٹائی ۲ ڈرام، وسیلین البب تا بحد ایک اونس۔ اسکورات کے وقت خوب ملنا چاہیئے، اور صبح کے وقت جلد الراس کا تدلک کرنا چاہیئے۔ عسیر العلاج چکتیوں کے لئے لاشعاعوں کی کسری معتادیں عارضی طور پر مفید ہوتی ہیں، لیکن مریض کو ضرورت سے زیادہ کثیر الملاقو کے خطرے سے متنبہ کر دینا چاہیئے، کیونکہ مزمن صدفیتی مریضوں میں شعاعی التہاب ادمہ (radio-dermatitis) کی بہت سی مثالیں دیکھنے میں آتی ہیں۔ اصابتوں کی اکثریت میں شمسی غسل مفید ہوتا ہے اور ممکن ہے ثوران کو کئی ماہ تک مکمل طور پر زائل کر دے۔

جوارح کا قائحی صدفیہ (pustular psoriasis of the extremities)

- یہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے کہ شاذ مثالوں میں صدفیہ مرئی طور پر قائحی ہو جاتا ہے، مثلاً نبقی سبحی عفونت الدم کے ائتلاف میں۔ حال میں یہ ثابت کیا گیا ہے (57) کہ ہتھیلیوں اور تلووں کا ایک مزمن قائحی ثوران، جسے قبل ازیں "خفیف قسم کے مسلسل جوارحی جلدی التہاب" (acrodermatitis continua of mild type) کا نام دیا گیا تھا (58)، حقیقت میں، بہرحال بہت سی مثالوں میں، قائحی صدفیہ کی ایک محدود المقام قسم ہے۔ یہ ثوران ہتھیلیوں اور تلووں کو متشاکل طور پر ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے، اور مقاماتِ انتخاب ابہامی فرازات، اور تلووں کے مرکزی حصے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے یہ یک جانبی یا غیر متشاکل طور پر واقع ہو، اور واحد چکتیاں بھی پائی جاتی ہیں۔ اس کو سرخ شدہ چھلکے دار چکتیاں ممیز کرتی ہیں، جنمیں دروں برادمی قائحات ہر وقت بنتے رہتے ہیں۔ یہ خشک ہو کر بھورے سے کھرنڈ بنجاتے ہیں، جو بتدریج متسلخ ہو جاتے ہیں۔ کچھ مدت کی چکتی میں سربری مناظر، قائحات سے قطع نظر، واضح طور پر صدفیہ نما ہوتے ہیں۔ بعض اوقات آبلے دیکھے جاتے ہیں جنکے مافیہا تقریباً صاف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے جلد کے ایک طبعی رقبہ میں بیرون افتادہ قائحات اکیلے اکیلے واقع ہوں۔ ایک قائحہ کی برافتادہ قرنی تہ میں شگاف دیکر پیپ کو نکالدینے سے، ایک دروں برادمی کہفہ منکشف ہوتا ہے۔ پیپ کی کاشت کرنے سے

ہمیشہ یہ پایا جاتا ہے کہ یہ مکمل طور پر عقیم ہے، حتیٰ کہ نبقۃ الا عنبیۃ الا بیض کی نوآبادیاں معلوم ہونا بھی ایک استثنائی امر ہے۔ یہ ثوران تنہا واقع ہو سکتا ہے بغیر اسکے کہ اسکے ساتھ دوسری جگہ معمولی صدفیہ کے اضرار ہوں، یا ممکن ہے ایسے اضرار اسکے ساتھ پائے جائیں، جنمیں سے بعض میں گاہے گاہے قانحات بھی پیدا ہو جائیں۔ بعض اوقات صدفیہ کی طویل المدت اصابتوں میں، ممیز قانحی قسم جوارح پر یکایک نمودار ہو جاتی ہے (صفحہ ۶۴، الف)۔

بحثِ اسباب۔ راقم الحروف اور دوسروں کے مشاہدات سے معلوم ہوا ہے کہ اس حالت کی تسبیب میں، نبقی سبحی سرایت، بالخصوص لوزتین کی، اولی اہمیت رکھتی ہے، اور بہت سی اصابتوں کی اطلاع دیگئی ہے جنمیں لوزتین یا دوسرے سرایتی ماسکات کے مکمل استیصال کے بعد ثوران سرعت سے شفایاب ہو گیا ہے یا اسمیں نمایاں اصلاح ہو گئی ہے، جو دوسری 946
قسم کے علاج کی مدافعت کرنے کے لئے بدنام ہے۔ اگرچہ یہ بالعموم بالغوں میں واقع ہوتا ہے، تاہم یہ بچوں میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں میں مساوی طور پر عام ہے۔ ممکن ہے کہ جوارح کا ایک مماثل قانحی ثوران، جو کہ ماسکی عفونت کے باعث ہوتا ہے، صدفیہ سے علیحدہ واقع ہو (59)۔ جب یہ یقینی ہو کہ یہ عین صدفیہ ہی ہے، تو معلوم ہوتا ہے کہ سرایت کے نبقی سبحی ماسکہ کی موجودگی، مرض کی قانحی نوعیت کا باعث ہوتی ہے۔

مرضی تشریح نسیجیاتی امراضیاتی تغیرات، معمولی صدفیہ کے تغیرات سے مشابہ ہوتے ہیں۔ خاص اختلافات یہ ہیں :- (۱) قانحی تکوین کے مقامات پر ادمہ کی کہیں زیادہ کثیف سپید خلوی درریزش، جو کہ (جیساکہ معمولی صدفیہ میں ہوتا ہے)، خاص طور پر یک نواتی خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۲) زیادہ وسیع برون خلویت کی وجہ سے شبکہ مالفیجی کا زیادہ تکسر، اور حقیقی معنوں میں خراج کی تکوین۔ سپید خلیات کے ساتھ متسلخ شدہ قرنینی تودہ کی کثیف تر درریزش، جیساکہ توقع کی جاسکتی ہے۔ اسی سے بھورے سے کھرنڈ بنتے ہیں جو خراج کے خشک ہونے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

حقیقت میں معلوم ہوتا ہے کہ قائی صدفیہ کے مرئی قائحات، محض منرو سبوراڈ (Munro-Sabouraud) کے خرد خراجات کی نہایت ہی مبالغہ آمیز شکلیں ہیں۔

علاج - راقم الحروف کے تجربہ کے مطابق کامیاب علاج مزمن نفقی سمی سرایت کا منبع دریافت کرنے پر منحصر ہے۔ ان اصابتوں میں جنہیں کوئی معین محدود المقام ماسکہ دریافت نہیں ہوسکتا، مرض زا نبقات سبحیہ کے لئے حلق اور راجابتوں کا جرثومیاتی امتحان کرنا چاہئے، اور اگر یہ پائے جائیں تو ایک خودزاد جدرین دینی چاہئے۔ مقامی طور پر ایک لٹی یا مرہم جس میں آئیل آف کیڈ یا کولتار ہو، تجویز کرنا چاہئے۔ یہ توران بالعموم لاشعاعوں کی مدافعت کرتا ہے۔

اِحمراراتِ جلد

(ERYTHRODERMIAS)

احمرار الجلد (erythrodermia) کی اصطلاح سے جِلد کا ایک کم وبیش عمومی التہاب مراد ہے، جسکے ممیّز خصائص سرخی، فلسیئیت اور مواظبت کا رجحان ہیں۔ یہ ایک مصنوعی اصطلاح ہے کیونکہ اِسکے تحت ایسی متعدد حالتیں جمع کر دی گئی ہیں، جو اگرچہ متذکرۂ بالا سریری خصائص پیش کرتی ہیں مگر اپنے اسباب کے لحاظ سے بالکل جداگانہ ہوتی ہیں۔ قابل غور امور یہ ہیں کہ (۱) سرخی دراصل التہابی مبداء رکھتی ہے اور عموماً اُسکے ساتھ دبازت ہوتی ہے، یا جلد پتلی ہوکر بازکشیدہ ہوجاتی ہے۔ (۲) فلسیئیت ایک اہم خاصّہ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چھلکے چھوٹے چھوٹے اور سفوف کی طرح ہوں، یا اسقدر بڑے ہوں کہ حقیقی معنوں میں انکی چادروں کی چادریں روزانہ اُترتی ہوں۔ (۳) یہ توران بڑے رقبوں کو ماؤف کرنیکا رجحان رکھتا ہے اور اکثر پوری جلد کو متاثر کردیتا ہے۔ ممکن ہے ناخن اور بال اُترجائیں (۴) احمراراتِ جلد کی اکثریت مزمن ہوتی ہے، اور شدید قسمیں مرتے دم تک قائم رہتی ہیں۔

ڈیریئر (Darier) کی اختیار کردہ جماعت بندی سب سے زیادہ سہولت بخش ہے ۔ اور وہ یہ ہے :- (۱) اوّلی احمرارات جلد (primary erythrodermias)، جو تندرست جلد پر نمویاب ہوتے ہیں ۔ (۲) احمرار الجلدی ادواء الجلد (erythrodermic dermatoses)، جنمیں متذکرہ بالا احمراری فلسمانی ثورانات میں سے کسی ایک کی تعمیم کے باعث احمرارِ جلد پیدا ہو جاتا ہے ۔ (۳) ثانوی احمراراتِ جلد (secondary erythrodermias)، جنمیں احمرارِ جلد، جو اکثر مہلک ہوتا ہے، کسی ماسبق ثوران کی پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے ۔ (۴) پیدائشی احمرارِ جلد (congenital erythrodermia) جو نومولود میں ہوتا ہے ۔

یہاں صرف اوّلی احمراراتِ جلد کے بیان کی ضرورت ہے اور اُنکی جماعت بندی حسب ذیل کیگئی ہے :-

الف ۔ حاد اوّلی احمرارِ جلد (acute primary erythrodermia)- یہ قسم ایک سریریاتی ذات، یعنے قرمزیہ نما متوالی احمرار (erythema scarlitiniforme recurrens) پر مشتمل ہے، اور سمّی ثوران کی ایک شاذ شکل بھی ہے جو حساس شدہ اشخاص میں بعض ادویہ، بالخصوص پارہ، کونین، کلورل، بیلاڈونا، افیون اور پکرک ایسڈ، کے انجذاب سے پیدا ہو جاتی ہے ۔

ب ۔ تحت الحاد اوّلی احمرارِ جلد (subacute primary erythrodermia)- یہ مندرجۂ بالا قسم کی محض ایک زیادہ مزمن اور خطرناک شکل ہے ۔ یہ بالخصوص شرابیوں میں اور مزمن کلوی مرض والوں میں دیکھی جاتی ہے، اِسکے ساتھ ترقی پذیر لاغری، اسہال اور تپ ہو سکتی ہے، اور کثیر التعداد اصابتوں میں یہ مہلک ہوتی ہے ۔ سالورسانی التہاب الجلد کو اسی عنوان کے تحت شامل کیا جا سکتا ہے ۔

ج ۔ مزمن اوّلی احمرارِ جلد (chronic primary erythrodermia)- (۱) سُرخ تنخیل (pityriasis rubra)، (۲) ہیبش

فطریتی احمرارِ جلد (premycosic erythrodermia)، (۳) بیضِ دمویتی احمرارِ جلد (leukæmic erythrodermia)-

سرخ تنخیل

(pityriasis rubra)

اوپر جو کچھ بیان کیا گیا ہے اُس سے ظاہر ہے کہ عمومی تسلخی التہابِ جلد کا سریریاتی علائمیہ مختلف اسباب سے پیدا ہو سکتا ہے، اور ایک زمانہ میں سُرخ تنخیل کی اصطلاح مزمن عمومی احمرارِ جلد کی تمام اصابتوں کے لئے بلا امتیاز استعمال کی جاتی تھی - لیکن بہتر یہ ہے کہ اُسے اُن اصابتوں کے گروہ تک محدود رکھا جائے جنہیں احمرارِ جلد اوّلی (یعنے جلد کے کسی ماسبق مرض پر مستزاد نہوا ہو)، اور مواظب ہوتا ہے، اور جو اکثر مہلک انجام رکھتی ہیں - اِسکا سبب بالکل نامعلوم ہے، اور بعد الممات امتحانات سے سببِ مرض پر کوئی روشنی نہیں پڑی - ایسی اصابتیں ہیبرا (Hebra) نے بیان کیں، اور جڈاسون (Jadassohn) جس نے اٹھارہ جمع کیں بتلایا کہ اِن کی بڑی تعداد تدرّن (tuberculosis) کی وجہ سے مرجاتی ہے - ایک اصابت میں جِلد کی تراشوں میں تمثیلی درنے مع عفریتی خلیّوں اور عصیّاتِ درنیہ کے پائے گئے لیکن اغلب ہے کہ تدرّنی سرایت اگر موجود ہو تو وہ احمرارِ جلد کا سبب نہیں ہوتی، بلکہ اُس کے ساتھ ہمزمان طور پر موجود ہوتی ہے -

علامات - یہ ثوران احمراری رقعوں کی شکل میں شروع ہوتا ہے، جن کے ساتھ کوئی درریزش نہیں ہوتی لیکن خفیف سی فلسیّت ہوتی ہے اور یہ رقعے عموماً مفصلی تعریجات میں پائے جاتے ہیں - ثوران پھیلکر کچھ عرصہ میں سارے بدن کی جلد کو ماؤف کر دیتا ہے - یہ چھلکے چہرے پر تو چھوٹے ہوتے ہیں، مگر دھڑ اور جوارح پر زیادہ بڑے اور حاشیوں پر اُکھڑے ہوئے ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات بکثرت اُترتے ہیں، چنانچہ سارا بستر خشک اور کاغذی گالوں سے بھر جاتا ہے، جنکی مقدار چوبیس گھنٹوں میں ایک یا دو پائنٹ ہوتی ہے - مصل کا ارتشاح نہیں

ہوتا، اور جلد خشک اور گرم محسوس ہوتی ہے، لیکن بعض اصابتوں میں وقتاً فوقتاً بکثرت پسینے آتے ہیں، جنکی وجہ سے مریض عارضی طور پر خستہ اور درماندہ رہ جاتا ہے۔ طویل عرصہ تک موضوعی علامات عموماً خفیف ہوتی ہیں۔ مریض سردی کے احساس کی شکایت کرتے ہیں، اور لرزے کے دورے عام ہوتے ہیں، لیکن اشتہا اچھی بلکہ بعض اوقات بکثرت ہوتی ہے، اور تغذیہ اچھا قائم رہتا ہے۔ کھجلی خفیف بلکہ بالکل غیر موجود ہو سکتی ہے، لیکن بعض اوقات شدید اور نوبتی ہوتی ہے جس سے بیخوابی ہو جاتی ہے۔ تپش تحت الطبعی ہونے کا امکان رکھتی ہے، لیکن خاتمہ کے قریب تپ کے حملے عام ہوتے ہیں۔ کچھ زمانہ کے بعد جلد کی معیّن درریزش واقع ہوتی ہے، جسکی وجہ سے آزادانہ حرکت دشوار ہو جاتی ہے۔ جلد الراس کے بال پتلے پڑ جاتے ہیں، زَغب غائب ہو جاتا ہے، اور ناخن ماؤف ہو جاتے ہیں۔ چند ماہ تک ثوران قائم رہنے کے بعد جلد میں ثانوی صلابت اور ذبول پیدا ہو جاتا ہے۔ بَرجلد پتلی پڑ جاتی ہے، اور ساری جلد سخت اور بے لوچ محسوس ہوتی ہے، اور عظمی سطحوں اور مفاصل پر تنگ کھنچکر جمی ہوئی ہوتی ہے۔ اُسکا رنگ زیادہ سیاہ اور زیادہ کبود ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے، اور زیادہ لونیت (خاصکر قدرتی شکنوں میں) دیکھی جاتی ہے۔ شاذ اصابتوں میں جلد کی رنگت ممیّز طور پر نیلگوں بھوری پڑ جاتی ہے، جو دوسری کسی حالت میں نہیں دیکھی جاتی۔ بتدریج مریض کی طاقت جواب دینا شروع کرتی ہے، وہ لاغر ہوتا جاتا ہے، اُسے پسینے زیادہ آنے لگتے ہیں، ذہنی حالت ماؤف ہو جاتی ہے، جسکی وجہ سے وہ طفلانہ حرکات کا مرتکب اور اختبالات کا شکار ہونے لگتا ہے، آلبیومین بولیت اور اسہال موجود ہو سکتے ہیں، اور ثانوی ساری پیچیدگیوں (خلوی التہاب: cellulitis، گہرے پھوڑے، شعبی التہاب: bronchitis، زیرکودی ذات الریہ hypostatic pneumonia: وغیرہ) سے مختلف درجہ کی حموی مجیبیت پیدا ہو جاتی ہے۔ خاتمہ پر اکثر جلد اور مخاطی اغشیہ کے اندر نزفات دیکھنے میں آتے ہیں، اور ممکن ہے کہ فوق الکلوی کیسوں کے اندر اُنکا وقوع موت کا ظاہری سبب ہو۔

امراضیات۔ یہ امر تعجب خیز ہے کہ اِس مبہم مرض کی بہت سی اصابتوں

میں عضوی مرض کی بعد الممات شہادت کس قدر کم ملتی ہے ۔ جڈاسون
(Jadassohn) کا تجربہ کہ موت عموماً تدرن کی وجہ سے واقع ہوتی ہے ۔ بیان
کیا گیا ہے، لیکن بعض ممیز اصابتوں میں فعال تدرن کے کوئی امارات نہیں پائے
گئے ۔ تراشیں لینے پر جلد ابتدائی درجوں میں اوپری التہاب کے ساتھ قرنیت کے
مظاہر ظاہر کرتی ہے ۔ بعد کے درجوں میں ذبولی تغیر پایا جاتا ہے، حلیمات اور
بین حلیمی زائدے سطموس ہو سکتے ہیں اور شعبی دہنی جرابات اور پسینہ کے غدد غائب
ہو چکے ہوتے ہیں اور نو تکوین یافتہ اتصالی بافت کا اندابی انقباض اور ساتھ ہی بالائی
اَدمہ کے اندر لون کا جماؤ موجود ہوتا ہے ۔

پیش فطریتی احمرار جلد

(premycosic erythrodermia)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۱ ' ج ' صفحہ 940)

متفطر فطریت (mycosis fungoides) کے ممیز سلعات کے ظہور سے
948 پہلے جو مختلف مندرہ ثورانات ظاہر ہو سکتے ہیں، وہ اُس مرض کے بیان میں بتلائے
گئے ہیں ۔ انمیں سے ایک احمرار الجلد ہے، جو شدید کھجلی دار سرخ چکتیوں کی طرح
شروع ہوتا ہے اور عمومی ہو جاتا ہے ۔ جلد شوخ سرخ رنگ ("گلگون
انسانی": "homme rouge") کی ہو جاتی ہے، اور تعریجات اور جوارح میں
زیادہ کبود ہوتی ہے ۔ سرخ تنخیل کی نسبت تقشر بہت کم ہوتا ہے، اور چھلکے
نسبتاً چھوٹے ہوتے ہیں، اور کہیں کہیں تندرست جلد کے چھوٹے چھوٹے
جزیرے پائے جاتے ہیں جو گرد و پیش کی ملتہب اور دررِیختہ جلد کی سطح سے
نیچے بیٹھے ہوئے نظر آتے ہیں ۔ ناخن عموماً ماؤف نہیں ہوتے، بجز اِس کے کہ وہ
متواتر کھرچنے سے فرسودہ اور چمکدار ہو جاتے ہیں ۔ کھجلی شدید ہوتی ہے اور عموماً
سرخ تنخیل کی نسبت زیادہ ہوتی ہے ۔ تحت الجلد لمفی غدد کلانی یافتہ اور بآسانی
جس پذیر ہوتے ہیں ۔ بالآخر، اکثر بہت سالوں کے بعد، متفطر فطریت کے
گرہکی سلعات پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ احمرارِ جلد

خود بخود غائب ہو کر بعد میں پھر نمودار ہو جائے، یا سلعات پیدا ہونے سے پہلے ہی ضعف کی وجہ سے یا ایک ہم زمان سرایت کے باعث موت واقع ہو جائے۔

پیش فطریتی احمرار جلد کے نسیجیاتی مناظر ممیز اور مخصوص ہوتے ہیں۔ کثیف درر یختگی، جو لمف آسا خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے، حلیمی منطقہ میں واقع ہوتی ہے اور نیچے واضح طور پر محدود ہوتی ہے۔ حُلیمات چوڑے اور لمبے ہو جاتے ہیں۔ بین حُلیمی زائدے پتلے اور اکثر دو شاخہ ہوتے ہیں۔ قرنی تہ موٹی اور کہیں کہیں قرنیتی ہو جاتی ہے۔ اور مالپیجی تہ میں جا بجا لمفی خلیوں کے چھوٹے چھوٹے آشیانے پائے جاتے ہیں، جو متفطر فطریت کے لئے دالۂ مرض ہیں۔

بیض دمویتی احمرارِ جلد

(leukæmic erythrodermia)

مرضِ ہاجکن کی طرح بیض دمویت کے ساتھ بھی مختلف جلدی مظاہر رونما ہو سکتے ہیں (60)۔ حاد بیض دمویت (acute leukæmia) میں، جو لمف آسا قسم کی نسبت عموماً زیادہ تر لبّ آسا قسم کی ہوتی ہے، اضرار کی تقسیم (۱) بیض دمویتی سلعات، اور (۲) مختلف الاقسام ادواء الجلد میں کی جاسکتی ہے۔ آخر الذکر میں سے پرپورا بدرجہا زیادہ عام ہے، لیکن احمراری طفحات، بثور، آبلے، نزفی پھپھولے، اور احمرار الجلد بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ مزمن لبّ آسا بیض دمویت (chronic myeloid leukæmia) میں جلد کے سلعات بہت شاذ ہوتے ہیں۔ جلدی اور تحت الجلدی نزفات دیکھنے میں آتے ہیں، عموماً خاتمہ کے قریب، اور حکّہ بھی بیان کیا گیا ہے۔ مزمن لمف آسا بیض دمویت (chronic lymphoid leukæmia) میں سلعات غیر عام نہیں ہوتے، اور ممکن ہے کہ سفید خلیات کی کثرت کے وقوع سے پہلے ہی موجود ہوں، اگرچہ تفریقی شمار سے عموماً لمفی خلیوں کی اضافی کثرت ظاہر ہوتی ہے۔ ان سلعات کے علاوہ دوسرے جلدی مظاہر بھی پائے جاتے ہیں، یعنے آڈری (Audry) اور جرمیس (Germes) کے بیض دمویتی ثورانات (leucemides)۔ یہ کثیر الاشکال ہوتے ہیں اور انکے ساتھ عموماً

حکّہ ہوتی ہے۔ یہ شری کی شکل اختیار کرتے ہیں، جو بثوری یا آبلہ دار قسم کی ہو سکتی ہے، یا احمرارات کی، جو سادہ یا آبلہ دار ہوتے ہیں اور کثیر الاشکال احمرار یا بلکہ نملہ شکل التہاب الجلد کی مشابہت پیدا کرتے ہیں، اور حکاک (prurigo) کی جو مرض ہاجکن کے حکاک سے مشابہ ہوتا ہے۔ اغلب ہے کہ ثوران کی یہ مختلف قسمیں، اور وہ احمرار الجلد جو آگے بیان کیا جائیگا، اُن سموم کے باعث ہوں جو ٹوٹے پھوٹے ہوئے لمفی خلیات میں سے رہا ہو جاتے ہیں۔

ابیض دمویتی احمرار الجلد (leukæmic erythrodermia) زیادہ شاذ نہیں، اور اسکی مختلف قسمیں شناخت کیگئی ہیں۔ چنانچہ بعض قسمیں نسبتہً حاد اور حموی ہیں، جو تحت الحاد اوّلی احمرارات جلد (subacute primary erythrodermias) کے گروہ سے متناظر ہیں۔ دوسری قسمیں در اصل مزمن ہوتی ہیں اور سرخ تنخیل (pityriasis rubra) سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اور دوسری قسمیں جزئی ہوتی ہیں، اور صدفیہ (psoriasis) سے مشابہت رکھتی ہیں۔ سب سے زیادہ عام قسم سریریاتی لحاظ سے پیش فطریتی احمرار الجلد (premycosic erythrodermia) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہے، لیکن اُسمیں کھجلی عموماً کم شدید ہوتی ہے۔ سیکویرا (Sequeira) اور پیانٹن (Panton) نے اصابتوں کا ایک سلسلہ لمفی نا ہضاتی احمرار الجلد (lymphoblastic erythrodermia) کے عنوان کے تحت بیان کیا ہے، جسکی ممیز خصوصیت سفید خلیوں کی معتدل درجہ کی کثرت (فی مکعب ملی میٹر ۸۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰) اور ساتھ ہی چھوٹے لمفی خلیوں کی زیادتی (تقریباً ۷۵ فیصدی تک) ہے۔ لیکن کوئی وجہ نہیں معلوم ہوتی کہ ان اصابتوں کو ابیض دمویتی احمرار الجلد سے کیوں جدا کیا جائے۔ پیش فطریتی اور ابیض دمویتی احمرار الجلد کے درمیان تفریقی تشخیص کرنے میں امورِ ذیل کو نوٹ کرنا چاہئے:- (۱) تصویرِ خون۔ (۲) نسیجیات، کیونکہ پیش فطریتی احمرار الجلد کی نسیجیات ممیز اور مخصوص ہوتی ہے۔ (۳) لاشعاعی، ابیض دمویتی احمرار الجلد پر بہت کم اثر رکھتی ہیں یا بے اثر ہوتی ہیں، لیکن متفطر فطریت پر انکا اثر نمایاں ہوتا ہے، اگرچہ عارضی ہوتا ہے۔

سُرخ تنخیل شعری

(pityriasis rubra pilaris)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۶۱، ۲ ، صفحہ 940)

شاید اِس شاذ مرض کو صدفیہ (psoriasis) کے ساتھ بیان کرنا چاہیئے، کیونکہ یہ اُسکے ساتھ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ اوّلی ضرر ایک نوکدار سرخ جرابی بثرہ ہوتا ہے، جسکے مرکز میں ایک ٹوٹا ہوا بال ہوتا ہے اور وہ ایک قرنی کالر سے گھرا ہوا ہوتا ہے جو جراب کے اندر گھسا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بثور جوارح کے بالدار حصّوں 949 میں بہترین دکھائی دیتے ہیں، بالخصوص پیش بازو کی باسط سطحات پر اور ہاتھ کی اُنگلیوں کے ظہری حصّوں پر۔ اِن اوّلی جرابی اضرار کے علاوہ، بدن کے مختلف حصّوں پر سُرخ چھلکے دار چکیتیاں ظاہر ہوتی ہیں جو صدفیہ سے مشابہ ہوتی ہیں، اور پھیل جاتی ہیں یہانتک کہ ایک عمومی احمرار الجلد نمودار ہوجاتا ہے۔ ہتھیلیاں، تلوے، اور چہرہ بالخصوص ماؤف ہوتا ہے۔ مرض کا ارتقاء مختلف ہوتا ہے۔ آغاز عموماً دفعتہً ہوتا ہے اور ثوران بہ سرعت پھیلکر ساری جلد کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ احمرار الجلد کئی ماہ تک عمومی رہے، اور پھر بتدریج یا جلد غائب ہوجائے اور جلد بالکل طبعی حالت پر آجائے۔ یا ممکن ہے کہ ثوران کا بیشتر حصہ صاف ہوجائے، مگر بعض رقبے (عموماً ہتھیلیاں، تلوے اور چہرہ) بعض اوقات کئی سالوں تک ماؤف رہیں۔ دو یا زائد حملے اُسی مریض میں ہوسکتے ہیں۔ عام صحت بہت کم متاثر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ آغاز مرض کے وقت، اور مرض کے احمرار الجلدی درجہ کے دوران میں خفیف تپ ہوجائے۔ جلد کے التہاب اور دبازت سے حرارت اور سوزش کا احساس پیدا ہوجاتا ہے، اور ہتھیلیوں اور تلوؤں کے تڑخ جانے سے اور اُس شترۂ خارجی (ectropion) سے، جو چہرہ کی ماؤفیت سے پیدا ہوسکتا ہے، بہت تکلیف ہوجاتی ہے۔

مرضی تشریح۔ جرابوں کے قمعی حصّوں کی بیش قرنیت واقع ہوتی ہے، اور اِسطرح ایسے مخروطوں کے ذریعہ انکا اصمام ہوجاتا ہے جنمیں ٹوٹے ہوئے یا مذبول

بال محصور ہوتے ہیں۔ صدفیہ کے برعکس، طبقہ ذراتی باقی رہتا ہے اور بشرہ پرورش پرورده ہو جاتا ہے۔ مالفیجی شبکہ پتلا ہو جاتا ہے، یا خفیف سا دبیز ہو جاتا ہے۔ حلیموں کے عروق ممتلی ہو جاتے ہیں، اور خلوی در ریزش سے گھر جاتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ بہت سی مثالوں میں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔ راقم الحروف نے مرض کی چار ایسی مثالیں دیکھی ہیں جو ماں اور بچے میں واقع ہوئیں، اور ایک سے زیادہ پشت میں خاندان کے کئی ایک افراد ماؤف ہو سکتے ہیں (54)۔ تاہم یہ بیان لازماً صدفیہ کے متعلق بھی سچ ہے۔ اصلی سبب نامعلوم ہے۔ کوئی امر اس رائے کی تائید میں نہیں کہ یہ تدرنی اصل کا ہوتا ہے۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ اسکا سبب کوئی نامعلوم ساری عضویہ ہے۔

تشخیص ۔ جرابی اضرار کو ایسی حالتوں مثلاً حزازہ شوکی اور حزازہ مسطح کی جرابی قسم سے متفرق کرنا چاہیئے۔ انکی عدم موجودگی میں، صدفیہ سے سرخ چھلکے دار چکتیوں کی مشابہت قریبی ہوتی ہے، خاص طور پر اسلیئے کہ وہ کہنیوں اور گھٹنوں پر واقع ہوتی ہیں۔ تاہم ہتھیلیوں اور تلوؤں کا جلد ماؤف ہونا سرخ تنخیل شعری کی ایک نمایاں خصوصیت ہے۔ مرض کی عمومی شکل، جسمیں جرابی اضرار مفقود ہوتے ہیں، دوسرے احمرارات جلد سے مشابہت ظاہر کرتی ہے۔

علاج ۔ مقامی علاج صدفیہ کے علاج کے مثل ہے، سوائے اس کے کہ کرسس اروبین (chrysarobin) نہیں استعمال کرنا چاہیئے۔ شاید روغنِ کیڈ (oil of cade) سب سے زیادہ کارگر لاسقہ ہے۔ داخلی طور پر سنکھیا (arsenic) کی بڑھتی ہوئی مقداروں کا اور درقیہ (thyroid) کا استعمال مفید معلوم ہوتا ہے، لیکن اکثر معلوم ہوتا ہے کہ مرض ایک معین عمر پر چلتا ہے، اور وہ بظاہر کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا۔ سونے کے مرکبات کے اشرابات بعض اصابتوں میں بظاہر نفع بخش ہوتے ہیں۔

بثوری ثورانات

(PAPULAR ERUPTIONS)

حزازہ (lichen) کی اصطلاح عرصۂ دراز سے ہر قسم کے بثوری ثوران کو ظاہر کرنے کے لئے مستعمل ہے، مگر اب اُسے عموماً دو امراض کے لئے محدود کر دیا گیا ہے: ایک موجودہ گروہ یعنے سُرخ مسطح حزازہ (lichen ruber planus) یا مسطح حزازہ (lichen planus) کے تحت شامل ہے، اور دوسرا ایک درنی جلدی ثوران ہے، جسے خنازیری حزازہ (lichen scrofulosorum) کہتے ہیں۔

مسطح حزازہ

(lichen planus)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۳، الف، صفحہ 942 اور ۶۴، ب، صفحہ 945)

مسطح حزازہ کا ابتدائی ضرر ایک بثرہ ہے، جس کی چار قسمیں پائی جاتی ہیں:۔

(۱) کثیر الاضلاعی بثرہ (polygonal papule) جلد کے قدرتی خطوط کے درمیان کی ایک فضا میں بنتا ہے، جو اُسکے حدود بناتے ہیں اور اُسکی شکل متعین کرتے ہیں (مقابلہ کرو حزازیت : lichtenification سے)۔

(۲) منفرج بثرہ (obtuse papule) نسبتہً بڑا، چمکدار، اور
نیم شفاف نظر آتا ہے۔ اُسکے مرکز میں ایک چھوٹا سا نشیب ہوتا ہے، (جس میں 950
کبھی کبھی ایک قرنی ڈاٹ ہوتی ہے) جو اِس عرقی غدہ کے منہ سے متناظر ہوتا ہے جسکے گرد وہ بنا ہے۔

(۳) مسطح بثرہ (plane papule)، متذکرہ بالا اقسام کی طرح عام نہیں ہوتا، اور گرد و پیش کی جلد سے بمشکل اوپر اُبھرا ہوا ہوتا ہے۔

(۴) نوکدار جرابی بثرہ (follicular acuminate papule)
میں، جو سب سے کم عام ہوتا ہے، ایک قرنی شوکہ ہوتا ہے، جو جرابی بیش قرنیت کی وجہ سے بنجاتا ہے۔ یہ جرابی اضرار جب پیدا ہوتے ہیں تو اُنکے ساتھ عموماً دوسرے بثور بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ تنہا بھی ہو سکتے ہیں، اور غالباً بہت سی اصابتیں جنکو شوکی حزازہ (lichen spinulosus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، دراصل جرابی مسطح حزازہ ہوتی ہیں۔

ان اصابتوں کی اکثریت میں، تکمیل نمو یافتہ ثوران بثرہ کی پہلی تین قسموں سے بنتا ہے، جو باہم ملکر مختلف طرزوں کے رقعے اور شکلیں پیدا کردیتی ہیں۔ یہ ابتدائی بثور عموماً گلابی رنگ کے ہوتے ہیں، چھونے سے خشک اور سخت محسوس ہوتے ہیں، اور اُنکی سطح ایک ممیز چمک دَمک رکھتی ہے۔ تکمیل طور پر نمو یافتہ بثرے اور ملتقی چکتیوں میں ایک ارغوانی جھلک پیدا ہونے کا رجحان ہوتا ہے جو دالۂ مرض ہے اس سے بھی زیادہ دالۂ مرض وہ دودھیا سپید خطوط یا نقطے ہیں، جنھیں خطوطِ وکہام (Wickham's striæ) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ بالغ بثور کی سطح پر، خواہ وہ تنہا ہوں یا ملتقی ہوں، ایک جال بنا دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ بر جلد کی ذرّاتی تہ میں کیراٹوہائلین (keratohyalin) کی ناہموار توزیع کے سبب سے بنجاتے ہیں، اور اگر بثور کی سطح پر آنیلین کے تیل (aniline oil) یا پانی سے اسفنج لگاکر قرنی تہ کی شفافیت زیادہ کردی جائے تو انھیں اور بھی زیادہ نمایاں کیا جاسکتا ہے۔ ملتقی چکتیوں پر باریک منضم چھلکے جمے ہوئے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے بیش قرنیت اسقدر نمایاں ہوسکتی ہے کہ یہ ثوران بادی النظر میں صدفیہ سے مشابہ معلوم ہوتا ہے۔

کچھ مدت گذری ہوئی اصابتوں میں عموماً بیش لونیت پائی جاتی ہے اور یہ بثور اور رقعے سیاہ ہوجاتے ہیں، اور بعض اوقات ایک بھورے ہالہ سے محصور ہوتے ہیں۔ مسطح حزازہ اور برص (vitiligo) کا ایک ساتھ موجود ہونا بھی شاذ نہیں۔ اضرار کے انحلال کے بعد اُنکے سابقہ مقامات پر لونیت کے نشان رہجاتے ہیں، جو جوارح اسفل پر سب سے زیادہ شدید ہوتی ہے، اور سنکھیا ملی ہوئی دواؤں کے

استعمال سے بلاشبہ زیادہ ہو جاتی ہے۔
مسطح حزازہ کے مقاماتِ انتخاب کلائیوں اور پشین بازوؤں کی اگلی سطحیں رانوں کی اندرونی سطحیں گھٹنوں سے عین اوپر، اور ٹانگیں ہیں، لیکن اکثر یہ ثوران عام طور پر پھیلا ہوا اور بعض اوقات جوارح کی نسبت دھڑ پر زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہتھیلیوں اور تلووں پر قرنی تہ کی دبازت کی وجہ سے اسکے مناظر مغالطہ دہ ہوتے ہیں۔ بثور بشیں قرنیتی ہوتے ہیں اور بادی النظر میں آبلوں سے مشابہ ہوتے ہیں۔ اُنکی قرنی پوشش کے اُتر جانے سے ایک گڑھے دار حالت پیدا ہو جاتی ہے جسکا مقابلہ اُس حالت سے کیا جا سکتا ہے جو منٹوکس (Mantoux) کی منقط قرن جلدیت (punctate keratodermia)، مرض ڈاریئر (Darier's disease) اور سم الفاری قرنیت (arsenical keratosis) میں دیکھی جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات سُرخ چھلکے دار چکتیاں بلکہ ایک منتشر قرن جلدیت پائی جاتی ہے۔ مسطح حزازہ اگرچہ چہرے پر شاذ ہوتا ہے، لیکن وہ جلد الراس پر اتنا شاذ نہیں جتنا کہ عموماً خیال کیا جاتا ہے۔ وہ اکثر غلطی سے محدود المقام حکاک (circumscribed prurigo) یا حزازیت یافتہ سیلان الدہنی التہاب جلد (lichenified seborrhœic dermatitis) سمجھ لیا جاتا ہے۔ وہ خشک سطح مرتفع بناتا ہے، جسکی گول یا واضح اور سیدھی ڈھال کی ہوتی ہیں، اور غور سے دیکھنے پر ارغوانی جھلک اور سپید خطوط ظاہر ہونگے۔ لیکن بعض اوقات اسکی چکتیاں ذبولی ہوتی ہیں اور بال تلف ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کے ساتھ عموماً بدن پر ایک جرابی ثوران ہوتا ہے۔
موضوعی علامات شخص ماؤف کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ کھجلی شدید اور مسلسل ہو جس سے مریض حیران و پریشان ہو جائے۔ زیادہ عام طور پر کھجلی معتدل درجہ کی اور نوبتی ہوتی ہے اور حکاکات کی طرح رات کے وقت اُسکا خاص طور پر زور ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ خفیف یا بالکل غائب ہوتی ہے۔ کبھی کبھی مریضوں کو کھجلی سے زیادہ خراش کی شکایت ہوتی ہے۔ اُسوقت بھی جبکہ حکہ شدید ہو ممکن ہے کہ کھرچنے کی شہادت بہت کم ہو یا بالکل نہ ہو لیکن بعض اصابتوں میں اوّلی ثوران پر حزازیت مستزاد ہو کر اُسے چھپا دیتی ہے۔

کبھی کبھی مسطح حزازہ مخاطی اغشیہ کو ماؤف کر دیتا ہے، خاصکر مُنہ کی مخاطی جھلی کو، جسپر وہ تقریباً نصف اصابتوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ مخاطی اغشیہ تنہا ماؤف ہوسکتی ہیں، یا جلدی اضرار کے ظہور سے پہلے ماؤف ہوسکتی ہیں، اور مُنہ کے اندر یہ ثوران اکثر جلد کا ثوران صاف ہونے کے بعد عرصۂ دراز تک قائم رہتا ہے۔ فمّی مخاطی جھلّی پر مقاماتِ انتخاب گالوں کی اندرونی سطحیں، اوپر اور نیچے کے دانتوں کے مقام انصال کے مقابل ہیں۔ یہ اضرار دودھیا سپید رنگ کے دھبّے ہوتے ہیں، جو اکثر ایک
جال یا حلقے بنالیتے ہیں۔ سپید رنگ میں ایک مخصوص اور ممیز طرز کی نیلاہٹ 951
ہوتی ہے اور وہ بیاضی سطحیت (leucoplakia) کے رنگ کی نسبت زیادہ دودھیا ہوتا ہے۔ ممکن ہے اوپری تاکل موجود ہو، چنانچہ گہری سُرخ چکتیاں، جو اکثر تکلیف کا باعث ہوتی ہیں، ایک نیلے سے سپید جال سے محصور نظر آتی ہیں۔ زبان پر بھی مختلف جسامت کی چکتیاں یا اُسی طرح کا جال ہوتا ہے، اور ویساہی نیلگوں سپید رنگ نظر آتا ہے۔ یہ اضرار زبان کی پشت یا اطراف کو ماؤف کرسکتے ہیں۔ زیادہ شاذ حالتوں میں ثوران وسیع ہوتا ہے اور نہ صرف گالوں اور زبان کو بلکہ تالو اور لبوں کو (اُنکے شنگرفی کناروں اور اندرونی سطحوں پر)، اور مسوڑھوں بلکہ لوزتین تک کو ماؤف کر دیتا ہے۔ فرج پر بھی یہ چکتیاں دودھیا سپید ہوتی ہیں، لیکن حشفۂ قضیب پر کے بثور زیادہ اکثر جلد پر کے بثور سے مشابہ ہوتے ہیں اور عام طور پر حلقے دار شکلیں بناتے ہیں۔ مبرز اور مستقیم بھی ماؤف ہوسکتے ہیں۔

مخاطی اغشیہ کے مسطح حزازہ کے نسیجیاتی تغیرّات بعینہٖ جلدی اضرار کے نسیجیاتی تغیرات کے مقابلے کے ہوتے ہیں۔ تشخیص اہم چیز ہے، کیونکہ خدّی مسطح حزازہ کو اکثر غلطی سے بیاضی سطحیت (leucoplakia)، ثالثی التہاب اللسان (tertiary glossitis)، یا مخاطی چکتیاں سمجھ لیا جاتا ہے۔ بیاضی سطحیت کا رنگ مختلف ہوتا ہے، اُسمیں فمّی حزازہ جیسی نیلگوں جھلک نہیں پائی جاتی، اور وہ دودھیا کی نسبت زیادہ تر پھیکا اور بے چمک دمک والا ہوتا ہے۔ مزید براں چکتیوں کی سطح پر باریک تخطط نظر آتا ہے۔ خدّی مخاطی جھلّی کو ماؤف کرنے والا

احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) بھی غیر عام نہیں (تقریباً ۳۰ فی صدی اصابتیں) - یہ لبوں (عموماً نیچے کے لب) کے آزاد کنارے اور اندرونی سطح پر، اور گالوں پر ہوتا ہے، جہاں ممکن ہے کہ وہ مسطح حزازہ کے ساتھ خلط ملط کر دیا جائے۔ لیکن یہ سپید چکتیاں ایک چمکدار سرخ قاعدہ اور ارغوانی مائل تنقط رکھتی ہیں، اور اکثر اِنمیں جزئی ذبول پایا جاتا ہے - زبان اور تالو بھی ماؤف ہو سکتے ہیں -

اقسام - تشخیص کے لحاظ سے مسطح حزازہ بالعموم ایک سادہ ترین ثوران ہے، اور یہ ابتدائی بثور کی نہایت صاف اور واضح تصویر، سپید خطوط، اور منہ کے ممیز اضرار کے باعث ہے - اس کے برعکس اِس مرض کی بعض بیقاعدہ اور غیر معمولی شکلیں بھی ہیں جن سے ذرا دیر کے لئے ایک ماہر کو بھی مغالطہ ہو سکتا ہے - اہم ترین اقسام میں سے حسب ذیل ہیں :-

(۱) حلقہ دار قسم (حلقہ دار حزازہ : lichen annulatus) - بثور حلقوں کی صورت میں گروہ بند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، جنکا قطر ۶ تا ۸ ملی میٹر اور مرکز لون دار ہوتا ہے - زیادہ شاذ طور پر یہ حلقہ ایک تنہا بثرہ کی محیطی توسیع اور مرکزی حکش سے بن سکتا ہے - یہ حلقہ دار قسم عام ہے اور یہ حلقے خاصکر کلائیوں اور پیش بازوؤں کو کھوں اور حشفۂ قضیب پر دیکھے جاتے ہیں -

(۲) چکردار قسم (gyrate form) (حاشیہ دار یا دبیب حزازہ : lichen marginalus seu serpignosus)، جسمیں بثور مرکز گریز رخ میں پھیلکر حلقہ دار مرکز گریز احمرار (erythema annulare centrifugum) کی شکلوں سے ملتی جلتی شکلیں پیدا کر دیتے ہیں -

(۳) مخطط حزازہ (lichen striatus) کا نام بثور کی اُن ممیز قطاروں کو دیا گیا ہے جو کھرینچوں کے نشانوں کے برابر برابر پیدا ہو جاتی ہیں -

(۴) خطی حزازہ (lichen linearis) - اضرار لمبے تنگ بند بناتی ہیں، جو کسی عصب، مثلاً نسائیہ صغیرہ، داخلی جلدی یا زندی کے حمر کا تعاقب کرتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں، یا جو بالکل سیدھے اور بظاہر کسی عصب کی توزیع سے بے علاقہ ہو سکتے ہیں - اِن اصابتوں کا مقابلہ اُن اصابتوں سے کیا جا سکتا

ہے جنہیں مسطح حزازہ منطقہ نما طریقہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جسکی توزیع بعینہٖ منطقی نملہ (herpes zoster) کی توزیع سے تناظر ہوتی ہے۔

(۵) نوکدار حزازہ (lichen acuminatus) - یہ قسم مسطح حزازہ کی جرابی شکل ہے جسکا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ جب یہ نوکدار جرابی اضرار مسطح بثور کے ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں تو مسطح شعری حزازہ (lichen planopilaris) کی قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ تازہ مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ نام نہاد شوکی حزازہ (lichen spinulosus) کی بہت سی اصابتیں دراصل مسطح حزازہ کی جرابی شکل ہیں۔ مزید برآں کئی مثالوں میں "شوکی حزازہ" جلد الراس کے گنجے ذبولی رقبوں کے ساتھ دیکھا گیا ہے، اور سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا یہ آخرالذکر، ذبولی مسطح حزازہ (atrophic lichen planus) تو نہیں ہیں، اور آیا وہ حالت بھی جسے قرعت کاذب (pseudo pelade) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے بعض مثالوں میں ذبولی مسطح حزازہ تو نہیں ہے جو جلد الراس تک محدود ہے۔

(۶) حزازہ قرنی بلیش پرورشی یا حزازۂ بثروقی (lichen corneus hypertrophicus seu lichen verrucosus) - اس قسم میں اُٹھے ہوئے ثولولی رقعے بنتے ہیں، عموماً ٹانگوں پر، خصوصاً جبکہ وہ دوالی دار ہوں۔ یہ جُدا جُدا ہو سکتے ہیں، لیکن عموماً گروہوں میں بلکہ التفاقی ہوتے ہیں۔ یہ سرخی مائل سے لیکر ارغوانی بھورے رنگ تک کے ہو سکتے ہیں، اور انکی سطح قرنی جرابی ڈانٹوں سے پٹی ہوئی، یا جب یہ گر جاتی ہیں تو گڑھے دار ہوتی ہے۔ مسطح حزازہ کی اس
952 بلیش پرورشی قسم کو نام نہاد حزازۂ منفرج قرنی (lichen obtusus corneus) کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئیے، جو دراصل گرہکی حکاک (prurigo nodularis) ہے (جو ملاحظہ ہو)۔

(۷) مسطح ذبولی یا صلابتی حزازہ (lichen planus atrophicus seu sclerosus), نہایت شاذ ہے۔ اسکا ممیز ضرر ایک ہاتھی دانت جیسا (عاج نما) سپید بشرہ ہوتا ہے، جو چھونے سے سخت معلوم ہوتا ہے، اور عموماً نہ تو اٹھا ہوا اور نہ نشیب دار ہوتا ہے۔ سطح پر سیاہ قرنی ڈانٹیں مل سکتی ہیں،

جو شعری دہنی جرابوں یا عرقی قناتوں کے دہنوں میں ہو سکتی ہیں، یا ایسے گڑھے ہوتے ہیں جو اُنکے سابقہ مقاموں کا نشان ہیں۔ نسیجیاتی طور پر بر جلد اور اُدمہ کی درریزش کے درمیان صلابت کا ایک بند ملتا ہے۔ یہ ذلجولی مسطح حزازہ بلا شبہ نام نہاد "سپید دھبّوں کے مرض" ("white-spot disease") کی ایک شکل ہے جسکی دوسری شکل قشعہ قطراتی (guttate morphœa) ہے۔

(۸) مسطح پھپھولے دار حزازہ (lichen planus bullosus)۔ یہ نہایت شاذ قسم ہے۔ اسمیں پھپھولے بر جلد اور حلیمی تہ کے درمیان بنتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں معلوم ہوتا ہے کہ یہ سنکھیا آمیز دواؤں کے استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔

(۹) بالآخر ایک قسم ایسی بیان کی جا سکتی ہے جسمیں احمراری کم و بیش بیضوی چکیتیوں کا حاد ثوران بالخصوص دھڑ پر نمودار ہو جاتا ہے، جو اپنے ابتدائی درجوں میں گلابی تنخیل (pityriasis rosea) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ صرف اُسیوقت جبکہ یہ ثوران چند روز تک موجود رہا ہو، اِن چکیتیوں میں ممیّز حزازی بثور نمودار ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ مسطح حزازہ کا سبب نامعلوم ہے۔ یہ تقریباً یقینی امر ہے کہ منطقی نملہ (herpes zoster) کی طرح، اِسکے اصلی اضرار ساری مبداء کے ہوتے ہیں، اور بعض عصبی ریشوں کے ماؤف ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ منطقی نملہ کی طرح مسطح حزازہ کا حملہ بھی نامیاتی سم الفاری مرکبات کے اشرابات سے، اور شاید بسمتھ اور طلائی تجہیزات سے واقع ہو جاتا ہے۔ راقم الحروف کی مشاہدہ کردہ ایک برص (vitiligo) کی اصابت میں، نوارسینو بیلان (novarsenobillon) کے اشرابات کے ایک نصاب کے دوران میں مسطح حزازہ کا ثوران بالکل منطقہ دار شکل توزیع کے ساتھ رونما ہو کر تقریباً تین ہفتوں میں خود بخود غائب ہو گیا۔ مزید برآں نام نہاد خطی مسطح حزازہ (linear lichen planus) کی بعض اصابتوں میں ثوران کسی جلدی عصب (مثلاً اندرونی جلدی اور زندی نسائیہ صغیرہ، یا تحتانی الوی، اور مابضی اعصاب) کے حجم کا قریبی تعاقب کرتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ثوران کی توزیع ایک قلفی وجہہ (segmental

(nævus) کی توزیع کے مقابلہ کی ہوتی ہے۔ عمود الفقرات پر لاشعاعوں کے لگانے کا غیر مشکوک علاجی اثر (خاصکر اُسوقت جبکہ یہ شعاعیں عنقی ظہری اور قطنی عجزی خطوں پر لگائی جائیں) معنی خیز ہے، اور یہ امر دلچسپی سے خالی نہیں کہ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ اِس طریقۂ علاج سے ثوران کا حاد عمومی حملہ واقع ہوجائے۔ وَخزِ قطنی کے ذریعہ دماغی نخاعی سیّال کے کئی مکعب سم خارج کردینے سے بعض اوقات جو مفید اثر مشاہدے میں آیا ہے، اُسکی توجیہ اِسکے سوائے بمشکل کچھ اور کیجا سکتی ہے کہ اِس سے عصبی نظام پر کوئی مبہم اثر مترتب ہوتا ہے۔

بعض اصابتوں میں صدمہ، فکر و پریشانی، اور رنج کا اثر صریح ہوتا ہے لیکن یہ ثوران تندرست اور خوش و خرّم اشخاص میں اور چھوٹے بچوں میں بھی ہوسکتا ہے۔

مرضی تشریح۔ مسطّح حزازہ میں التہابی عمل ایک پسینہ کی قنات کے گرد اَدمہ کے بالائی حصّے میں شروع ہوتا ہے۔ اتصالی بافت کے خلیّوں کی کثیف بالیدگی پائی جاتی ہے، اور بعضوں کا خیال ہے کہ یہ خلیّے اریکی سلعی قسم کے ہوتے ہیں۔ اِسکے بعد مخاطی طبقہ کے خلیّوں میں زیادتی اور قرنی تہ کی دبازت واقع ہوجاتی ہے۔ ایلائڈین (eleidine) کی بیقاعدہ دبازت ہوتی ہے، جسکے سبب سے متذکرۂ بالا سپید خطوط کا منظر پیدا ہوجاتا ہے۔

علاج۔ شدید عمومی اصابتوں میں، اور اُن مریضوں میں جو عصبی خستگی میں مبتلا ہوں، چند ہفتوں تک بستر میں کامل سکون و آرام کی ہدایت کرنی چاہئے۔ سنکھیا کا بڑھتی ہوئی مقداروں میں براہِ دہن استعمال بجا طور پر ناپسندیدہ سمجھا گیا ہے۔ پارہ، لائکر ہائڈرارجرائی پرکلورائڈ کی شکل میں، زیادہ کارگر معلوم ہوتا ہے، اور عموماً اُسکی برداشت اچھی ہوتی ہے۔ سنکھیا کی نامیاتی تجہیزات (organic arsenical preparations) [نوارسینوبیلان، اَیسیٹل آرسان = acetylarsan، سوآمین = soamin، وغیرہ] کے اشرابات، یا سنکھیا اور پارے کے مرکّبات، مثلاً اینیسول (enesol) (salicylarsenate of mercury) کے اشرابات اپنے اثر میں نسبتہً بہت زیادہ یقینی ہیں۔ نوارسینوبیلان کو وریدی راہ سے ۰۳ء تا ۰۶ء گرام کی

معتادوں میں ایک تا تین ہفتوں کے وقفوں سے دیسکتے ہیں لیکن اس سے کبھی
کبھی ثوران وسیع طور پر پھیل جاتا ہے اور کسلمندی زیادہ ہوتی ہے۔ اینی سول کا دروں 953
عضلی اشراب ۲ تا ۵ مکعب سمر کی معتادوں میں ۳ تا ۷ دنوں کے وقفوں سے کیا جاسکتا ہے منقسم معتادوں
میں روزانہ ۲ تا ۳ اونس گلوکوز براہ دہن استعمال کرنے سے بظاہر ان فلزاتی مرکبات کا سمی اثر کم ہو جاتا ہے۔

اب براعظم (یورپ) پر عمود شوکی کی تشعیع کا بہت رواج ہے۔ یہ یا تو عمیق مقطر شعاعوں کے ذریعہ عمل میں لائی جاتی ہے، جنکو ترچھے رُخ میں عصبی جڑوں پر عمل کرنے کی غرض سے لگایا جاتا ہے (Hufschmidt and Pautrier)، یا غیر مقطر شعاعوں (non-filtered rays) کے ذریعہ جو 5H کی معتادوں میں عنقی ظہری اور قطنی عجزی خطوں پر مشارکی کو متاثر کرنے کے خیال سے لگائی جاتی ہیں (Gouin)۔ یہ دونوں طریقے بھی، آرسینو بینزال کے اشرابات کی طرح، ثوران کا عارضی حاد حملہ پیدا کر سکتے ہیں، اور اگرچہ یہ بعض اصابتوں میں حیرتناک طور پر کامیاب ہوتے ہیں تاہم ممکن ہے بالکل ناکام رہیں۔

عمومی اصابتوں میں جنمیں شدید کھجلی ہو، وَخز قطنی مفید ہوتا ہے، جسکے ذریعہ، جیسا کہ تھیبیرج (Thibierge) اور راووٹ (Ravaut) نے تبلایا ہے، ۶ تا ۸ مکعب سمر دماغی نخاعی سیال نکال دینا چاہیئے۔ حکّہ پر عموماً اِسکا تقریباً فوری اثر ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں معلوم ہوتا ہے کہ ثوران اِس سے غائب ہو جاتا ہے۔ خاطر خواہ نتیجہ حاصل کرنے کے لیئے ممکن ہے کہ دو یا زائد وَخزات چند دنوں کے وقفے سے کرنے پڑیں۔

مقامی علاج۔ حاد وسیع ثوران والے مریضوں میں تسکین بخش دافع حکّہ لاسقات استعمال کرنے چاہئیں۔ روزانہ ٹار کا غسل (tar bath) لینا چاہیئے، اور اُسکے بعد غسولِ کلامائن (calamine lotion) آزادانہ طور پر لگانا چاہیئے، جسمیں لائکر پِیسِس کاربونِس (liq. picis carbonis) اور فینول (phenol) شامل ہو۔ نسبتۃً کم حاد اصابتوں میں ایک زُبدہ، مرہم بالئی، جسمیں ٹار، فینول اور ایمونیئیٹڈ مرکری شامل ہو، مفید ہے۔ انّا (Unna) کے مشہور مرہم میں اجزائے ذیل ہوتے ہیں:
مرکیورک کلورائڈ ۲ تا ۲۰ گرین، فینول ۵ تا ۲۰ گرین، زنک آئنٹمنٹ ایک اونس، اسمیں

پرکلورائڈ اور فینول کی مقدار چکیتیوں کی وسعت اور دبازت کے لحاظ سے زیادہ کردی جاتی ہے۔ مزمن چکیتیوں کے لیۓ تیز ٹار کی پھریری یا کلوڈیئن، یا ایک پلستر جس میں پرکلورائڈ، فینول، اور سیلی سلک ایسڈ موجود ہوں، کھجلی میں تخفیف کا باعث ہوتے ہیں، اور ممکن ہے انحلال میں ممد ہوں۔ بیش پرورشی مسطح حزازہ کے عسیر العلاج مزمن رقعوں کے علاج کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ لاشعاعوں کی ایک پوری رفاقی مقدار دیجاۓ، خیط نما نطول (filiform douche) کا استعمال کیا جاۓ، یا کاربن ڈائی آکسائڈ سنو (carbon-dioxide snow) سے بار بار انجماد کیا جاۓ۔

یہ ثوران جلد کی نسبت غدی مخاطی جھلی پر بہت زیادہ عسیر العلاج ہوتا ہے، لیکن سنکھیا کے نامیاتی مرکبات کے اشرابات، اور بقول آذری بالخصوص ایسیٹل آرسان (acetylarsan) کے اشرابات، سے اثر پذیر ہوسکتا ہے عسیر العلاج اصابتوں میں شعاعی علاج کی جو گدی پر لگایا جاۓ، اور ریڈیم کے ذریعہ مقامی علاج کی سفارش کیگئی ہے۔

حزازۂ لامعہ

(lichen nitidus)

سنہ ۱۹۰۱ء میں پہلے پہل اس ثوران کو ایک جداگانہ سریری ذات کی حیثیت سے تسلیم کیا گیا۔ اس کے بعد سے اسکی متعدد اصابتیں بیان کیگئی ہیں، اور راقم الحروف (61) نے اس کے متعلقہ ادب کے تبصرہ میں اس راۓ کی تصدیق کی ہے کہ حزازۂ لامعہ، مسطح حزازہ کی محض ایک غیر تمثیلی قسم ہے، جسکے نسیجیاتی خصائص مخصوص طرز کے ہوتے ہیں مگر اسباب وہی ہیں۔

علامات۔ حزازۂ لامعہ کا ابتدائی ضرر ایک دقیق بثرہ ہوتا ہے، جو ایک کم و بیش واضح الحدود داریکی سلعہ سے بنتا ہے، اور عموماً بر جلد سے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ بثور عموماً ایک بڑی الپین کے سر سے زیادہ بڑے نہیں ہوتے، اور شکل میں چپٹے، مخروطی یا کروی، اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوۓ ہوتے ہیں۔ مختلف اصابتوں میں انکا رنگ مختلف ہوتا ہے، اور عام طور پر سرخی مائل یا

سرخی مائل زرد رنگ ہوتا ہے۔ ایک نہایت ممیز خاصّہ یہ ہے کہ یہ اکثر ایک چمکدار منظر پیش کرتے ہیں، جو "لامعہ" ("nitidus") کے خطاب سے ظاہر ہے، اور یہ دقیق سرخی مائل دھبّوں کی صورت میں شفاف برافتادہ بر جلد میں سے چمکتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ بعض اوقات یہ تقریباً چھوٹے آبلوں کی طرح دکھلائی دیتے ہیں، اور دستی و پائی حبابیہ (cheiro-pompholyx) کا ساگودانوں جیسا منظر یاد دلاتے ہیں۔ اگر انھیں ایک شیشہ کے شریحہ سے دبایا جائے تو وہ آس پاس کی جلد کے مقابلہ میں نسبتہً زیادہ سیاہ رنگ کے دودھیا نقطوں کی طرح قائم رہتے ہیں، جو دباؤ سے عدیم الدم ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات بثرہ کے مرکز میں ایک دقیق گڑھا ہوتا ہے لیکن یہ کسی طرح ایک مستقل خاصّہ نہیں ہوتا۔ بعض بثور کے راسوں پر کھرچنے سے ایک ننھا سا چمکدار چھلکا پیدا کیا جاسکتا ہے۔ اِن ابتدائی اضرار اور شعری دہنی جرابات کے درمیان عموماً کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

جیسا کہ کہا گیا ہے، بہت سی اصابتوں میں یہ ثوران محض اِن بثور پر مشتمل ہوتا ہے، جو جدا جدا رہتے ہیں اور جن کے ساتھ آس پاس کی جلد میں کوئی تغیرات نہیں پائے جاتے۔ ایسی اصابتوں میں اسکی توزیع سختی کے ساتھ محدود ہوتی ہے اور مردوں میں یہ خاصکر قضیب پر، زیریں شکم، چڈوں، رانوں کی اندرونی سطحوں، اور کلائیوں اور پیش بازوؤں کی خم کن سطحات اور کہنیوں کی پشتوں پر 954
ہوا کرتے ہیں۔

لیکن دوسری اصابتوں میں یہ ثوران پھیلکر وسیع ہوجاتا ہے، اور بعض خطّوں میں اِسکا ابتدائی بثوری منظر غائب ہوجاتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں سارے جسم کا غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو ہمیں غالباً ہمیشہ بعض رقبے ایسے ملتے ہیں جہاں ابتدائی بثور جدا جدا نظر آسکتے ہیں جو مرض کی سادہ قسم کے تمثیلی بثور ہوتے ہیں۔ عام پھیلی ہوئی اصابتوں میں یہ زیریں شکم، چڈوں اور رانوں پر موجود ہوتے ہیں، لیکن دوسرے مقامات پر یہ ثوران منتشر تخیل نما یا صدفیہ نما چادروں پر مشتمل ہوتا ہے جنھیں جب ایک بار شناخت کرلیا جائے تو یہ شکل میں نہایت ممیز معلوم ہوتی ہیں۔ انکا رنگ مختلف مریضوں اور مختلف مقامات میں مختلف

ہوتا ہے، اور یا تو سرخی مائل زرد، بھورا، یا سرخی مائل بنفشی ہوتا ہے۔ تعریجات میں سرخی مائل جھلک غالب ہوتی ہے، مگر جوارح کی باسط سطحات پر چکیتیاں اکثر زردی مائل بھوری، یا گرد و پیش کی جلد کے مقابلہ میں بمشکل زیادہ سیاہ ہوتی ہیں۔

ثوران کی اِن منتشر چادروں کی توزیع وسیع ہوسکتی ہے، لیکن یہ بالخصوص مفصلی تعریجات، مثلاً پیش مرفقی اور مابضی فضاؤں، کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتی ہیں۔ کلائیوں اور پیش بازوؤں کے زیرین حصّوں کی اگلی سطحیں، گھٹنوں اور کہنیوں کی باسط سطحیں، گردن کی شکنیں، عورتوں میں پستانوں کے نیچے کا خطّہ، چڈے اور رانیں، ہتھیلیاں اور تلوے، اور ہاتھوں اور پاؤں کی ظہری سطحیں، یہ سب ماؤف ہوسکتے ہیں۔ گھٹنوں اور کہنیوں پر چکیتیاں مثلث شکل کی ہوتی ہیں اور مثلث کا راس نیچے کی طرف رُخ رکھتا ہے۔ یہاں یہ حزازیت کی چکیتیوں سے غیر مشابہ نہیں نظر آتیں، لیکن جلد کے قدرتی فجوات میں زیادتی نہیں پائی جاتی یا یہ زیادتی بہت کم نمایاں ہوتی ہے۔ یہ صدفیہ سے اِس امر میں اختلاف رکھتی ہیں کہ اِنکا رنگ بھورا زرد ہوتا ہے، کھرچنے پر یہ محض خفیف طور پر چھلکے دار ہوجاتی ہیں، اور چھلکے صدفیہ کے ممیّز نقرئی منظر کے نہیں ہوتے۔ مفصلی تعریجات میں بھی یہ حزازیت کے رقبوں سے کسیقدر مشابہ ہوتی ہیں، لیکن اِن کا رنگ عموماً زیادہ ہلکا سرخ یا سرخی مائل زرد ہوتا ہے، جلد کے قدرتی خطوط میں مبالغہ نہیں پایا جاتا، اور دبازت نسبتۃً کم ہوتی ہے۔

اِن منتشر چکیتیوں کے محیط میں بعض اوقات ہمیں بروں افتادہ جدا جُدا ابتدائی بثور نظر آسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جلد کو تاننے اور اِسطرح عدیم الدم بنانے پر یہ اکثر مرکزی حصّوں میں بھی نظر آئیں۔

امراضیاتی تشریح۔ حزازۂ لامعہ کے خردبینی خصائص ممیّز ہوتے ہیں۔ ایک منفرد بثرہ واضح طور پر محدود اریکی سلعی درریزش پر مشتمل ہوتا ہے، جو عموماً برجلد کے عین نیچے واقع ہوتی ہے۔ یہ برجلد درریزش سے اوپر کو پتلی ہوجاتی ہے اور بعض اوقات درریزش اُسمیں حقیقۃً داخل ہوجاتی ہے۔ درریزش میں برحلمہ آسا خلیئے،

یک نواتی قسم کے چھوٹے گول خلیئے، اور کہیں کہیں عفر بیتی خلیئے اُذیمائی اتصالی بافت کے ہیکل میں جمے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سرحلمہ اور درریزش کے رقبہ کے درمیان ایک واضح خلا ہو، مگر عموماً یہ دونوں ایک دوسرے کے ساتھ گھل مل جاتے ہیں اور ہمیں انحطاط یافتہ سرحلمہ آسا خلیئے دراصل درریزش کے اندر بھی پڑے ہوئے ملتے ہیں۔ یہ سرحلمہ، درریزش کے دونوں جانب داءالشوکی اطالتیں نیچے کو بھیجنے کا رجحان رکھتا ہے اور ممکن ہے کہ درریزش ان اطالتوں سے بالکل گھری ہوئی ہو۔ یہ خاصہ ایسا ہے جو دالّہ مرض سمجھا جاتا ہے۔ اِس چھوٹی اریکی سلعی گرہک کو جانے والے عروق کی دیواریں موٹی ہوتی ہیں، اور بعض اصابتوں میں اِنکا درونہ بالکل مسدود ہوجاتا ہے اور اِنکے گرد ایک خوب واضح الحدود خلوی درریزش ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اِن گرہکوں کے مرکز کی اتصالی اور لچکدار بافت بالکل تلف ہوگئی ہو۔ یہ گرہکیں جرابوں یا پسینے کی قناتوں کے ساتھ عموماً کوئی رشتہ نہیں رکھتیں۔ ایک النتقائی چلکتی میں سے لی ہوئی تراش میں ایسی کئی گرہکیں مختلف جسامت کی اور ارتقا کے مختلف مدارج میں نظر آئینگی۔

علاج۔ حزازۂ لامعہ اور مسطح حزازہ کی اغلب عینیت شناخت کرنیکے بعد سے ابتک راقم الحروف نے دو وسیع اصابتوں کا علاج نوارسینو بیلان کے وریدی اشرابات کے ذریعہ تسلی بخش نتائج کے ساتھ کیا ہے۔ غالباً علاج کے وہ متبادل طریقے جو مسطح حزازہ کے لئے بتلائے گئے ہیں مساوی طور پر کارگر ثابت ہونگے۔

صدفیہ نما

(parapsoriasis)

اس اصطلاح کے تحت، جس کو بروق :Brocq نے ۱۹۰۲ء میں پہلے پہل تجویز کیا، ثورانات کا ایک گروہ شامل ہے جنکا ممیز خاصہ مختلف جسامت اور
توزیع کی احمراری فلسمائی چکتیاں ہیں، جنکا علاج نہایت ہی دشوار ہے، اور 955
جنکی تسبیب نامعلوم ہے۔ ۱۸۹۰ء میں انّا (Unna)، سانٹی (Santi)، اور پالٹزر (Pollitzer) نے انھیں قرنیت متنوع (parakeratosis variegata)

کے نام سے موسوم کیا، اور بجا طور پر انکا مقابلہ " صدفیہ، حزازہ مسطح، ایگزیما اور گلابی تنخیل کے آمیزہ" سے کیا۔ ۱۹۱۵ء میں فاکس (Fox) اور میکلوڈ (Macleod) نے "مدافع لطخی بثوری چھلکے دار احمرارات جلد" کی اصطلاح کے تحت "بروق کا تنخیلی احمرار جلد در رقعاً منتشرہ (erythrodermic pityriasique en plaques desseminees)، جاڈاسون (Jadassohn) کا گرہکی صدفیہ نما التہابِ جلد، جولیس برگ (Juliusberg) کی مزمن حزازہ نما تنخیل، نیسر (Neisser) کا حزازہ نما صدفیہ نما ثوران، اور قرنیت متنوع شامل کی۔ بروق نے اپنے صدفیہ نما کو صدفیہ نما قطراتی، صدفیہ نماء حزازہ نما، اور صدفیہ نما رقعی میں تقسیم کیا، لیکن اگرچہ یہ تقسیم سہولت بخش ہے، یہ امر کہ آیا تینوں اقسام تسبیبی طور پر ایک دوسرے سے تعلق رکھتے ہیں نہایت مشکوک ہے، اور انکی سریریاتی جماعت بندی کے بارے میں ابھی تک خلط مبحث باقی ہے۔

صدفیہ نماء قطراتی (parapsoriasis guttata) (صدفیہ نماء قطراتی = parapsoriasis en gouttes، تنخیل حزازہ نما مزمن pityriasis lichenoides chronica =)- یہ ثوران خاص طور پر دھڑ اور جوارح کے بالائی فلقات کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ چھوٹے اوپری جثور پر مشتمل ہوتا ہے، جو مستدیر یا بیضوی ہوتے ہیں، اور رنگت میں گلابی سے لیکر سرخی مائل بھورے یا بادامی تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ وہ ایک ممیز ابرق نما چھلکے سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جو اضرار کو اوپری ذبول کا ایک کاذب احساس بخشتا ہے۔ بادی النظر میں اس ثوران پر گلابی تنخیل (pityriasis rosea)، قطراتی صدفیہ، یا انحلال پذیر بثوری فلسمانی (papulo-squamous) نار کیہ کا دھوکا ہو سکتا ہے، لیکن منضم چھلکے والے مرض ہیں۔ تنخیل حزازہ نما مزمن کی اصطلاح کے باوجود، یہ امر حال ہی میں تسلیم کیا گیا ہے کہ تنخیل گلابی کی طرح اس مرض کا حاد آغاز اور سریع نمو یابی ہو سکتی ہے۔ اول الذکر کی مانند، اسمیں بعض اصابتوں میں ایک "ہراول چکتی" دیکھی گئی ہے۔ مزید برآں اب یہ معلوم ہے کہ حاد تنخیل حزازہ نما و جدری نما (pityriasis lichenoides et varioliformis acuta) (Habermann. Mucha) جو چند سال ہوئے

اس ملک میں عام تھی، محض اسکی ایک قسم ہے۔ اسمیں علاوہ ان اضرار کے جو کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں، آبلے، جو نزفی یا قائحی ہوتے ہیں، پیدا ہوتے ہیں، اور ان میں تنخر واقع ہوتا ہے، اور جدری نما ندبات باقی رہ جاتے ہیں۔ اس کو جدیری (chicken-pox) کے ساتھ خلط ملط کیا جا سکتا ہے، خاص طور پر اسلئے کہ آغاز حاد ہوتا ہے، اور کچھ بنفیتی اختلال معہ غدی مرض کے موجود ہوتا ہے۔ مرض کی حاد شکل، خواہ وہ جدیری نما اضرار کے ساتھ ہو یا اُنکے بغیر ہو، ایک معین عمر اختیار کرتی ہے، لیکن اسکی مدت، تنخیل گلابی کی مدت کے خلاف، غیر معین ہوتی ہے اور چند ہفتوں سے لیکر کئی مہینوں تک اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور کئی توالیات کی اطلاع دیگئی ہے۔ جدیری نما قسم میں تنخری آبلہ دار اضرار کچھ مدت کے بعد بننا موقوف ہو جاتے ہیں، اگرچہ دوسرے طویل مدت تک باقی رہتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ یہ مرض بالعموم ریعانیوں اور نو عمر بالغوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بچوں میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ حاد قسم تنخیل گلابی کی مانند کسی نامعلوم ساری عضویہ کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً ایک تقطیر پذیر قشب ہوتا ہے، اور یہ قول مزمن قسم کے متعلق بھی سچ ہے، کیونکہ ان دونوں کو علیحدہ کرنے کی کوئی معقول وجہ نہیں۔ درحقیقت اس حالت کو ساری مبداء کا ایک نوعی مرض شمار کرنا اور صدفیہ نما کے دوسرے اقسام سے بالکل علیحدہ سمجھنا بالکل صحیح ہے۔

علاج ۔ اس امر کے متعلق کچھ شہادت موجود ہے کہ سونے کے مرکبات کے اشرابات علاجی طور پر مفید ہیں۔

قرنیت متنوع (parakeratosis variegata)

(صدفیہ نما حزازہ نما = parapsoriasis lichenoide، کراکر کا حزازۂ متنوع = lichen variegatus of Crocker) یہ شاذ ثوران بالعموم دھڑ اور جوارح پر وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے، اور شبکہ نما ترتیب رکھتا ہے، جو کلاح (livido) اور احمرارِ آتشی (erythema ab igne) کی ترتیب کی یاد دلاتی ہے، اور جیسا کہ ان میں ہوتا ہے، ان شعری عروق کے مجہول اتساع کا نتیجہ ہوتی ہے جو شریانی مخروط سے دور ترین ہوتے ہیں۔ ابتدائی اضرار ثور ہوتے ہیں، جنکی رنگت سرخی مائل زرد سے لیکر ارغوانی تک اختلاف پذیر

ہوتی ہے، اور جن میں سے بعض چپٹی چوٹی والے اور چمکدار ہوتے ہیں، اور جزائر نما مسطح
کے بثور سے ملتے جلتے ہیں، اور دوسرے چھلکوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جو صدفیہ
قطراتی کے چھلکوں سے ملتے جلتے ہیں۔ یہ بثور، جو گنجان واقع ہوتے ہیں اور ملتقی ہو جانے
کا رجحان رکھتے ہیں، شعری رکود سے بنے ہوئے تشبکات پر سب سے زیادہ نمایاں
ہوتے ہیں۔ فلسیت بعض رقبوں میں منتشر ہوتی ہے۔ ہتھیلیوں کی جلد بیش قرنینی
ہوتی ہے، لیکن ناخن متاثر نہیں ہوتے۔ موضوعی علامات خفیف یا مفقود ہوتے
ہیں، لیکن کچھ کھجلی موجود ہوتی ہے، خاص طور پر اُس وقت، جبکہ مریض حرارت میں
منکشف ہو۔ یہ ثوران نہایت آہستہ نمو یاب ہوتا ہے، اور لازمی طور پر مزمن ہوتا
956 ہے، لیکن اسکا آغاز بعض اوقات ناگہانی ہوتا ہے اور ممکن ہے چند ہی ہفتوں میں یہ
وسیع طور پر پھیل جائے۔

بحث اسباب ۔ صدفیہ نما رقعی کی طرح، یہ قسم بالعموم ادھیڑ عمر
میں واقع ہوتی ہے، اور مردوں میں زیادہ عام ہے۔ اسکی تسبیب نامعلوم ہے۔

مرضی تشریح ۔ شعری عروق متسع ہو جاتے ہیں، اور انکے گرد لمفی خلوی ریزش
واقع ہوتی ہے، اور اتصالی بافت کا تہیج واقع ہوتا ہے۔ کچھ بر جلدی تہیج بھی بلا
آبلہ خیزی کے موجود ہوتا ہے، اور قرنی تہ بعض جگہوں پر قرنینی ہوتی ہے۔

علاج ۔ معلوم ہوتا ہے کہ کسی قسم کا علاج ثوران پر کوئی اثر نہیں رکھتا۔

صدفیہ نما رقعی (parapsoriasis en plaques) (کراکر کا مواظب
زرد احمرار جلد = xanthoerythrodermia perstans of Crocker)۔

سابق الذکر قسم کی طرح، یہ ثوران لازمی طور پر مزمن اور علاج سے اثر ناپذیر ہوتا ہے۔
یہ دھڑ اور جوارح کو ماؤف کرتا ہے، اور خوب واضح چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے
جو جسامت اور ڈول دونوں میں اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ بعض سرسری طور پر مستدیر
ہوتی ہیں، اور چھ پنس کے سکہ سے لیکر نصف کرون (crown) کے سکہ تک کی
جسامت رکھتی ہیں۔ دوسری بے قاعدہ خاکہ کی، معتدبہ طور پر بڑی ہوتی ہیں، اور
انگشت نما بروزات رکھتی ہیں یا طبعی جلد کے جزیرے محصور کرتی ہیں، اور اس طرح
پیش فطریتی احمرار جلد سے مشابہت پیدا کرتی ہیں۔ بعض اوقات مفصلی تعرجات

میں منتشر چکتیاں واقع ہوتی ہیں۔ انکا رنگ ہلکے بادامی سے لیکر سرخی مائل بھورے تک اختلاف پذیر ہوتا ہے، اور ایک دی ہوئی چکتی کا رنگ، عروقی امتلاء کے درجہ کے لحاظ سے وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔ سطح پر قدرتی خطوط خفیف سے مبالغہ آمیز نظر آتے ہیں، جس سے ایک باریک بچی کاری بنجاتی ہے۔ سطح چھوٹے اور منظم چھلکوں سے ڈھکی ہوتی ہے، اور تاوقتیکہ اسکو ہلکے سے کھرچا نہ جائے، ممکن ہے وہ ظاہر نہ ہوں۔ درریزش بالکل نہیں ہوتی، چنانچہ چکتیاں بمشکل ابھری ہوئی ہوتی ہیں۔ ممکن ہے موضوعی علامات مفقود ہوں، لیکن بعض مریض معتدبہ کھجلی کی شکایت کرتے ہیں۔

تحت اسباب۔ یہ حالت عورتوں کی بہ نسبت مردوں میں زیادہ عام ہے۔ اگرچہ یہ بالعموم ادھیڑ عمر میں دیکھی جاتی ہے، تاہم یہ بچپن میں شروع ہو سکتی ہے۔ اسکا سبب نامعلوم ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مختلف سمیات کے لئے جلد کا ایک شاذ غیر نوعی تعامل ہو، اور جیسا کہ سیوائی (Civatte) نے رائے دی ہے (خاص طور پر نسیجیاتی وجوہات کی بنا پر) ممکن ہے تدرن کا سم ان سمیات میں سے ایک ہو۔ وہٹ فیلڈ (Whitfield) نے "التہاب جلد قولونی" ("dermatitis colonica") کی اصطلاح کے تحت ایک مماثل ثوران بیان کیا ہے جو ایسے اشخاص میں واقع ہوتا ہے جنمیں پاخانہ کی کاشتیں، نبقات سبحیہ کا بے حد غلبہ ظاہر کرتی ہیں۔ کریوسوٹ (creosote)، ڈائمال (dimol) یا کیرال (kerol) کے اندرونی استعمال کے بعد شفا ہوگئی ہے۔

تشخیص۔ سیلان الدہنی التہاب جلد کی پیچدار اور تعریجی اقسام کے ساتھ اور منتشر فطریت کیشن فطریتی درجہ کے ساتھ خلط ملط واقع ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہے، اول الذکر میں اضرار زیادہ ابھرے ہوئے، اور چھلکے کسیقدر زیادہ بڑے اور زیادہ آسانی سے اتر جانے والے ہوتے ہیں۔ مزید برآں وہ مقامی علاج کا اثر آسانی سے قبول کرتے ہیں۔ آخر الذکر میں چکتیاں زیادہ درریختہ ہوتی ہیں، اور کھجلی زیادہ شدید ہوتی ہے۔

علاج۔ حقیقی یا مصنوعی دھوپ میں تکشف، ثوران کو عارضی طور پر زائل

کرسکتا ہے۔ اس سے قطع نظر، یہ مرض قوی لاسقات کی بھی مدافعت کرتا ہے۔ راقم الحروف کی ایک اصابت میں عصیہ قولونی کی مذخور جدید ین کے اشرابات بظاہر نمایاں طور پر نافع ثابت ہوئے۔

آبلے دار ثورانات

(VESICULAR ERUPTIONS)

دستی و پائی حُبابیہ

(cheiropompholyx)

(حبابیہ : pompholyx فتورِ تعریق : dysidrosis)

تعریف۔ ہاتھوں اور پاؤں کا ایک دو جانبی متشاکل آبلہ دار یا پھپولے دار عارضہ، جس کے ساتھ اکثر اوقات کثرتِ عرقی (hyperidrosis) ہوتی ہے۔

علامات۔ دستی و پائی حبابیہ (cheiropompholyx) (ہاتھ + بُلبلہ) کے لفظ کو اس ثوران کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے جو بعض اشخاص میں خود بخود اور اکثر نوبتی طور پر نمودار ہو جاتا ہے۔ مختلف خراش آور لاسقات سے اور ایک قوبائی فطر (برادمی فطر = epidermophyton) سے بھی ایک التہابِ جلد ایسا پیدا ہو سکتا ہے جو حبابیہ کے سریریاتی مناظر نہیں تو کم از کم نہایت قریبی مماثلت رکھنے والے مناظر پیدا کر سکتا ہے، لیکن اسے اس مرض سے جسے اب بیان کیا جائیگا ممیز کرنا چاہیئے۔

957 حبابیہ کا حملہ عموماً ہاتھوں میں خارش، جلن، یا جھنجھناہٹ کے احساس کے ساتھ شروع ہوتا ہے، اور چند گھنٹوں کے اندر ثوران چھوٹے چھوٹے نیم شفاف آبلوں کی صورت میں نمودار ہو جاتا ہے، جو ہاتھ کی انگلیوں کے اطراف پر، انگلیوں کے درمیان کی درزوں میں، اور ہتھیلیوں میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ آبلے گہرے واقع ہوتے ہیں، انکے ساتھ التہاب کے کوئی امارات موجود نہیں ہوتے، اور انھیں

اُبالے ہوئے ساگو دانوں سے تشبیہہ دیگئی ہے - خفیف اصابتوں میں یہ آبلے جدا جدا رہ سکتے ہیں، مگر اکثر اوقات یہ باہم پیوستہ ہو کر ایک بڑا پھپولا بنا دیتے ہیں جو جلد سے باہر کو اُبھرا ہوا ہوتا ہے - ان آبلوں کے اندر کا سیّال صاف، قلوی، اور البیومن دار ہوتا ہے - ممکن ہے کہ یہ اضرار خود بخود خشک ہو جائیں اور انکے اوپر کی جلد خشک گالوں کی صورت میں اُتر جائے - اسطرح ممکن ہے کہ ساری ہتھیلی کی جلد اتر کر اُسکے نیچے گلابی رنگ کی نئی جلد رہ جائے، جو بتدریج معمولی شکل اختیار کر لیتی ہے - لیکن اُنگلیوں پر نسبتہً بڑے آبلوں اور پھپولوں کے پھوٹ جانے کا رجحان ہوتا ہے، اور اِنکے نیچے سے کچّی "تر" الیم سطح منکشف ہوتی ہے - اِن اضرار کی ثانوی سرایت کے وقوع کا اِمکان ہوتا ہے، بالخصوص میلے آدمیوں میں، یا ان لوگوں میں جنکی قوتِ مدافعت ادنیٰ درجہ کی ہو - ایسی صورت میں آبلے پیپ دار ہو جاتے ہیں، اور بازوؤں کا پھیلتا ہوا التہابِ عروقِ لمفیہ (lymphangitis) اور ساتھ ہی التہابِ غدد (adenitis) اور تپ پیدا ہو سکتی ہے - اِن سرایت زدہ اصابتوں میں ایک خاص قسم کی بدبو ہوتی ہے، جو ذبولی انفی التہاب (atrophic rhinitis) کی بدبو سے مشابہ ہوتی ہے - غالبًا یہ اِسوجہ سے پیدا ہوتی ہے کہ نبقاتِ عنبیہ جو آبلوں کے قلوی سیّال میں نشو و نما پاکر پروٹین پاش انزیمات رہا کرتے ہیں، کیراٹین کو منہضم کر دیتے ہیں -

یہ ثوران ہاتھوں میں محدود ہو سکتا ہے، مگر پاؤں کی انگلیوں اور تلوؤں کا ماؤف ہونا بھی شاذ نہیں، اور یہاں ثانوی سرایت کا ہونا ایک کلّیہ ہے - بعض اصابتوں میں اِس مرض کے ساتھ بدن کے دوسرے حصّوں کا ایکزیما بھی ہوتا ہے -

مرض کے حملے کی مدت چند دنوں سے لیکر کئی ہفتوں تک کی ہوتی ہے لیکن توالیات عام ہیں، بالخصوص موسم بہار اور گرما میں - اِس مرض کے مریض عمومًا ادنیٰ حالت صحت میں ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات عصبانی ہوتے ہیں - اُنمیں گندیدگی زاد قسم کے مزمن معائی تسمّم الدم (chronic intestinal toxæmia) کے مؤتلف علامات اکثر نمایاں ہوتے ہیں، یعنے جلد کی لونیت،

چپچپا پسینہ، سانس میں بدبو، عدمِ اشتہا، اور دردِ سر۔ بعض اوقات کم نمک، ترشگی ہوتی ہے، اور اصابتوں کی اکثریت میں بول کے اندر اِنڈیکن (indican) کثیر مقدار میں موجود ہوتا ہے۔

تشریح۔ نسیجیات اکزیما کی نسیجیات سے اِس امر میں مشابہ ہے کہ آبلے خاردار خلیوں کی تہ میں بنتے ہیں، بالائی ادمہ میں جلیبی عروق منسع ہوتے ہیں، اور اُنکے گرد کسیقدر التہابی خلوی دررییزش پائی جاتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ آبلے برادمہ میں پسینے کی قنانوں کے گرد بنتے ہیں اور اِن قناتو کے پھٹ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔

اسباب۔ یہ مرض ابتدائی بالغ عمر میں عام ترین ہوتا ہے، اور شاید مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ یقیناً یہ تسمم الدم کا ایک مظہر ہے اور چونکہ اِس مرض کے مریضوں میں اِنڈیکن بولیت اور شدید معائی گندیدگی کے دیگر علامات اکثر موجود ہوتے ہیں لہذا اِس سے مترشح ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ اِسکا سبب پروٹین کی تحلیل کا کوئی حاصل ہو۔ اگر قعودی حرفوں والے اشخاص بیرون خانہ زندگی اختیار کرلیں اور زوردار ورزش کرنے لگیں تو انہیں اس مرض کے حملوں کا رجحان جاتا رہتا ہے۔ تاہم دوسری اصابتوں میں، اسکی سرایت مسبّب معلوم ہوتی ہے، کیونکہ دانتوں یا لوزتین کے استیصال سے یا مزمن التہابِ جوف کا اچھی طرح علاج کرنے سے حملے موقوف ہوگئے ہیں۔ یہ مرض اکثر موسم گرما میں ہوا کرتا ہے، اور بعض اشخاص میں ہر موسم گرما میں اُسکے ایک یا زائد حملے ہونے کا اِمکان ہوتا ہے۔

تشخیص۔ حقیقی حبابیہ کو اُس اکزیمیائی التہابِ جلد (eczematous dermatitis) سے تمیز کرنا چاہئے جو بیرونی خراش آور اشیا سے پیدا ہوجاتا ہے، نیز جوارح کے اکزیما آسا قوباء (eczematoid ringworm) سے۔ ممکن ہے کہ اِن دونوں حالتوں، بالخصوص آخر الذکر سے، اِسکی تفریق مشکل ہو۔ مشکوک اصابتوں میں ضروری ہے کہ چھلکوں کا اور آبلے کی چھتوں کا (اُنکی زیریں سطحات کو اوپر کی طرف رکھکر) لائکر پوٹاسی کے اندر خُردبینی امتحان کیا جائے، اور

پاؤں کی بین اصبعی برادمی فطریت کو خارج از بحث کرنا ضروری ہے۔

علاج ۔ اگر، جیسا کہ بالعموم ہوا کرتا ہے، شدید معائی گندیدگی کے علامات پائے جائیں تو غذا کی نظر ثانی کرنا چاہئے ۔ جن مریضوں میں شدید متوالی حملوں کا رجحان ہو، اُنکے لئے بہتر ہے کہ عارضی طور پر سبزی خور بنجائیں ۔ بہر حال اُنھیں زیادہ ثقیل گوشت اور مٹھائیوں کی نسبت پھلوں اور سبز ترکاریوں کا زیادہ استعمال کرنا چاہئے ۔ برائے چندے مفتحات (مثلاً لیکوڈ پیرافین، سوڈیم سلفیٹ) کا باقاعدگی
کے ساتھ استعمال قرین مصلحت ہے، اور گاہے گاہے کیلومیل (calomel) خفیف 958
مقداروں میں لیتے رہنا چاہئے ۔ اگر کم نمک ترشگی ہو تو ڈائلیوٹ ہائڈرو کلورک ایسڈ کو ۳۰ تا ۴۰ قطروں کی معتادوں میں، خوب مرقق کرکے غذا کے بعد دینا چاہئے۔ کیونکہ اس سے پروٹین کے ہضم میں معتدبہ مدد ملے گی ۔ سرایت کے مزمن ماسکوں کے لئے اچھی طرح تفتیش کرنی چاہئے، کیونکہ اِنکا کامیاب علاج شفا بخش ثابت ہوتا ہے ۔ مقامی طور پر ابتدائی درجوں میں اِسپرٹ کے اندر سیلی سلک ایسڈ کے ۲ فیصدی محلول سے اِسفنج کرنے سے خراش فی الفور موقوف ہوجاتی ہے، اور پھر یا تو پلوِس ایسیڈائی سیلی سیلیسی کمپاؤنڈ برٹش فارمیسوٹیکل کوڈیکس (pulv. acidi salicylici comp. B.P.C.) یا پیسٹا زنکی کمپاؤنڈ برٹش فارمیسوٹیکل کوڈیکس (pasta zinci comp. B.P.C.) لگا سکتے ہیں ۔ اُن اصابتوں میں جن میں جلد کچی ہوگئی ہو، ایک غسول جسمیں بورک ایسڈ، کلامائین، اور گلیسرین موجود ہو استعمال کرنا چاہئے، اور اُنمیں جنمیں ثانوی سرایت واقع ہوچکی ہو مقامی طور پر ہلکے دافع عفونت غسولات، اور بستر میں آرام و سکون، اور مقویات استعمال کرنے چاہئیں ۔

پھپولے دار ثورانات

(BULLOUS ERUPTIONS)

داء الفقاع

(pemphigus)

داء الفقاع (pemphigus = چھالہ) کی اصطلاح کا اطلاق سابق میں کئی غیر مفید بیقاعدگی کے ساتھ متعدد پھپولے دار ثورانات پر کیا گیا ہے، جنمیں بہ لحاظِ اسباب کوئی چیز مشترک نہیں ہوتی۔ مثلاً نومولودی داء الفقاع (P. neonatorum) اور متعدی ملا اریتی داء الفقاع جلد کی اوپری ریم زا سرایت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ آتشکی داء الفقاع (P. syphiliticus) ایک آبلہ دار آتشکی جلدی ثوران ہے، جو نہایت عام طور پر پیدائشی آتشک کے مبتلا شیر خواروں میں ہتھیلیوں اور تلووں پر دیکھا جاتا ہے۔ اور جذامی داء الفقاع (P. leprosus) جذام کی ایک پھپولے دار شکل ہے۔

لیکن موجودہ زمانہ میں داء الفقاع کا لفظ مندرجۂ ذیل حالتوں کے لئے محدود ہے:- (۱) حاد خبیث داء الفقاع (P. acutus malignus)۔ یہ ایک شاذ حاد ساری مرض ہے، جو مہلک ہوتا ہے، اور اُن لوگوں میں ہوتا ہے جو مردہ گوشت کو ہاتھ لگاتے ہیں۔ اِسکا سبب غالباً ایک دونبقیہ کی سرایت ہے۔ اِسے اب داء الفقاع کے گروہ میں شامل نہیں رکھنا چاہئے۔ (۲) عام داء الفقاع (P. valgaris) (۳) نبتی داء الفقاع (P. vegetans) (۴) ورقی داء الفقاع (P. foliaceous)۔ یہ غالباً محض اُسی مرض، یعنے اصلی داء الفقاع (true pemphigus) کے اقسام ہیں۔

حاد خبیث داء الفقاع (pemphigus acutus malignus)۔

یہ مرض، جو نہایت شاذ ہے، بالخصوص بوچڑوں اور کھلیان کے ملازموں میں دیکھا گیا ہے،

اور بیشتر اصابتوں میں اِسکے آغاز سے پہلے ہاتھوں یا بازوؤں پر مقامی زخم موجود ہوتے ہیں، اور غالباً اِنہیں زخموں کے ذریعہ سرایت رساں عضویہ داخل ہوتا ہے۔ جیساکہ اصلی داء الفقاع میں ہوتا ہے، اِسکے اضرار بھی بڑے بڑے پھپھولے ہوتے ہیں، جو عموماً بلا کسی سابق احمرار کے براہِ راست جلد سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ابتداءً اِنمیں صاف یا خفیف سا خون آلود مَصل موجود ہوتا ہے، لیکن بعد میں یہ ثانوی سرایت کی وجہ سے ریمی شکل کا ہو جاتا ہے۔ بدن کے سارے حصّوں پر نئے پھپھولے پیدا ہو جاتے ہیں، اور عموماً مخاطی جھلّیاں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں۔ بعد میں جلد چھلکر پپڑیوں اور بدبودار اِخراج سے ڈھک جاتی ہے۔ بلند تپ، البیومین بولیت، قے، اور اسہال ہوتے ہیں، اور دو تین ہفتوں کے اندر عموماً مریض کوما زدہ ہوکر مرجاتا ہے۔ لیکن چند مریض شفایاب بھی ہوئے ہیں۔

غالباً وہ دونبقیہ (diplococcus) جسے ڈیمی (Demme)، بُلوشس (Bulloch)، اور دوسروں نے پھپولوں کے اندر سے جُدا کیا، مُسبّبِ مرض عضویہ ہے۔

علاج ۔ ہلکے دافع عفونت لاسقات کے ذریعہ جلد کا تکمیہ کرنا چاہئیے، اور اگر ممکن ہو تو بورک ایسڈ کے غسل دینے چاہئیں۔ صرف کونین ہی ایک ایسی دوا ہے جو کوئی مفید اثر رکھتی ہے، اور اُسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئیے۔

عام داء الفقاع

(pemphigus vulgaris)

علامات ۔ مرض کا حمر عموماً کسیقدر مزمن ہوتا ہے۔ بعض اشخاص میں ثوران سے پہلے جاڑا، متلی، یا تپ ہوسکتی ہے۔ پھر بدن کے ایک نہ ایک حصّے میں پھپولے نمودار ہوتے ہیں۔ یہ ابتداءً چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں، مگر بتدریج جسامت میں بڑھکر تنا ؤدار، نیم کروی ہو جاتے ہیں، اور اِنکا مافیہ صاف زرد یا کسیقدر گندلا ہوتا ہے۔ یہ سیّال البیومینی مَصل ہوتا ہے، اور گندلاپن سپید خلیوں کی موجودگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ چھالے کے گرد کی جلد پہلے بالکل طبعی ہوتی ہے،

لیکن کچھ عرصہ بعد ایک تنگ گلابی ہالیزہ پیدا ہوجاتا ہے، جو سیّال کی عتمیّت کی
مقدار کے لحاظ سے بڑھتا جاتا ہے۔ چند روز کے بعد یہ سیّال جذب ہوجاتا ہے،
یا چھالہ پھوٹ کر اپنے قاعدے کے پاس تنگ سکڑ جاتا ہے۔ ازاں بعد وہ اِس مقام
959 سے اُتر کر گرجاتا ہے، اور ایک نشان باقی رہ جاتا ہے جو مشرب اور بعد میں کسیقدر
ملوّن ہوتا ہے مگر ندبی شاذ ہی ہوتا ہے یا کبھی نہیں ہوتا۔ بعض اوقات اس چھالے
کے اندر پیپ یا خون ہوتا ہے، اور اُسکے پھوٹنے کے بعد قاعدہ زرد لمف سے
ڈھکا ہوا ہوسکتا ہے، یا ایک نخشیشہ بن سکتا ہے۔

ایک اصابت میں پھپولوں کی تعداد بہت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک
حصّے میں چند ہی پھپولے ہوں، یا جسم کے مختلف حصّوں میں جُدا جُدا پھپولے ہوں
یا ممکن ہے کہ ساری سطح گنجان پھپولوں سے پٹی ہوئی ہو، جو یکے بعد دیگرے فصلوں
میں نکل آتے ہیں، اور ہر فصل چند روز ہی قایم رہتی ہے مگر مرض ہفتوں اور
مہینوں تک جاری رہتا ہے۔ جسم کا تقریباً ہر حصّہ ماؤف ہوسکتا ہے اگر بال دار
جلد الراس سب سے کم۔ یہ مرض منہ، ناک، بلعوم، حنجرہ، اور فرج کی مخاطی جھلی
کو ماؤف کر کے کچّے الیم رقبے پیدا کرسکتا ہے، جو بعض اوقات خناق وبائی آسا جھلی
سے ڈھکے ہوئے ہوسکتے ہیں۔ ملتحمہ پر بھی اِسکا حملہ ہوسکتا ہے، جس سے ملتحمہ کا
انقباض ("خود رو سکڑنا = essential shrinking") ہوکر ملتحمی ناچہ کا انطماس
اور بالآخر کوری پیدا ہوسکتی ہے۔

بنیئی اختلال کی مقدار توران کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔
جب توران محدود ہوتا ہے تو عام صحت عموماً برقرار رہتی ہے، لیکن عمومی اصابتوں
میں شدید درد، انبطاح، معتدل درجہ کی تپ، اور بعض اوقات قے اور اسہال
ہوتا ہے۔ مریض کا منظر قابلِ رحم ہوتا ہے، اور جب غذی مخاطی جھلی ماؤف ہوتی
ہے تو مایع غذا تک سے شدید درد ہوتا ہے۔ بیخوابی ایک مستقل علامت ہوتی
ہے، اور بدنصیب بیمار بالکل خستہ ہوجاتا ہے، اور بالآخر اُسپر ایک مرتعش
مدہوشی کی حالت طاری ہوجاتی ہے، جو موت کا پیش خیمہ ہوتی ہے۔

امراضیات۔ پھپولے سیّال کے انصباب کی وجہ سے بنتے ہیں جو بعض اوقات

قرنی تہ کے نیچے، اور بعض اوقات ساری برجلد کے نیچے جمع ہوجاتا ہے۔ اِس سیال میں ابتداءً کثیرالتعداد ایوسین پسند جسیمات موجود ہوتے ہیں، اور بعد میں یہ سپید خلیوں کی کثرت کی وجہ سے جو ثانوی نبقی عفنی تلویث کے باعث پیدا ہوجاتی ہے، مکدّر ہوجاتا ہے۔ جلد کی مُلیمی تہ میں التہاب کے ساتھ سپید خلیوں کی دررینش پائی جاتی ہے، جنمیں سے بہت سے ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں، اور اکثر خون میں بھی ایوسین پسند خلیوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ بعد الممات امتحانات سے احشاء کے اندر کوئی مستمر مرضی تغیرات نہیں ظاہر ہوتے۔

اسباب - اگرچیکہ اصلی داءالفقاع بچپن سے لیکر بوڑھاپے تک ہوسکتا ہے، تاہم شاید وہ اکثر اوقات چالیس اور پچاس سال کی عمروں کے درمیان دیکھا جاتا ہے۔ دونوں صنفیں تقریباً مساوی طور پر متاثر ہوتی ہیں۔ یہودی نسل خاص طور پر اسکی استعداد رکھتی ہے، حالانکہ نملہ شکل التہاب جلد کے متعلق یہ قول سچ نہیں ہے۔ یہ عام طور پر باور کیا جاتا ہے کہ مرض ایک نوعی سرایت کے باعث ہوتا ہے، اور مختلف مشاہدین نے مختلف قسم کے خرد عضویات بیان کئے ہیں اور انکو مسبّب تصور کیا ہے۔ ویلش (Welsh) نے حال ہی میں ۷ اصابتوں میں مکمل جرثومیاتی تفتیشات انجام دی ہیں، اور اِسکا ادعا ہے کہ اس نے نبقہ سبحیہ کی ایک نوعی نسل تفرید کی ہے، جسے اِس نے انفی بلعوم سے تمام اصابتوں میں، خون سے پانچ میں، اور چھالے کے سیّال سے صرف ایک مرتبہ حاصل کیا۔ یہ عضویہ کثیرالاشکال اور گرام مثبت ہوتا ہے۔

یوربانش (Urbach) اور وولفرام (Wolfram) نے داءالفقاع اور نملہ شکل التہاب جلد کی کئی اصابتوں میں پھپولوں یا دموی مصل کے تقطیر شدہ مافیہا کی زیر جلدی تطعیم خرگوشوں میں کرکے دماغی نخاعی سحائی التہاب پیدا کیا ہے۔ ان حیوانات کو شلل یا تشنجی استرخاء ہوگیا۔ دماغ کا مقطر استعمال کرکے، خرگوش بہ خرگوش منتقلی عمل میں لائی گئی۔ یہ تجربات، جو کہ توثیق طلب ہیں، بتلاتے ہیں کہ داءالفقاع اور نملہ شکل التہاب جلد ایک نوعی تقطیر پذیر قشب کے باعث ہیں۔

تشخیص - اصلی داءالفقاع کا بنیادی ضرر پھپولا ہے، لہذا التشخیص عموماً

مشکل نہیں ہوتی - کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) کی
پھپولے دار قسم سے خلط ملط پیدا ہو سکتا ہے، لیکن اس حالت میں منتخب مقامات
حادِ حُمر، اور تمثلی احمراری چکتیوں کی موجودگی، یہ سب اُسے اصلی داء الفقاع سے
تمیز کرنے کے لئے کافی ہوں گے - نملہ شکل التہاب جلد (dermatitis herpetiformis)
اپنی پھپولے دار ہئیت میں داء الفقاع سے تشخیص کرنے میں دقت پیش کر سکتا ہے، لیکن
بالآخر بثور اور چھوٹے آبلوں کا ظہور، اضرار کی نملہ شکل گروہ بندی، اور شدید کھجلی
تشخیص کو صاف کر دیگی - بر ادمی ارخاء حبابی (epidermolysis bullosa)
دباؤ اور رگڑ کے مقامات پر پھپولوں کے تیجز، اور سرگذشت مرض سے شناخت
کیا جا سکتا ہے - پھپولے دار حصفہ (bullous impetigo) کے ساتھ خلط ملط
960 نہیں واقع ہونا چاہیے - جلد یا بدیر وہ مظہر جو کہ "نکولسکی (Nikolsky) کی امارت"
کے نام سے موسوم ہے پایا جاتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ انگلی کا مضبوط دباؤ ڈالنے
سے طبقہ قرنیہ جدا ہو جاتا ہے - علاوہ ازیں دباؤ کے مقام پر پھپولا نمودار ہو جاتا ہے
یہ امارت داء الفقاع برگی میں اور بر ادمی ارخاء حبابی میں بھی پائی جاتی ہے -

اِنذار - غالباً داء الفقاع ہمیشہ مہلک ہوتا ہے - لیکن ممکن ہے کہ مریض
برسوں زندہ رہیں، اور ایسے وقفے گذاریں جنہیں ثوران سے بچے رہیں - ہائمن
(Highman) کی تجزیہ کردہ تیس اصابتوں میں ہر اصابت میں مہلک اختتام
پایا گیا -

علاج - براہِ دہن سنکھیا کا استعمال ممکن ہے مرض کو کسی حد تک قابو
میں لے آئے، لیکن یہ اُتنا موثر نہیں ہوتا جتنا کہ نملہ شکل التہاب جلد میں - ایک
آمیزہ بھی، جو کونین (quinine) اور ہیگزامین (hexamine) پر مشتمل ہو، بعض
اصابتوں میں مفید ثابت ہوا ہے - کونین (۵ء فیصدی) اور سلورسان کے محلول کے
دروں وریدی اشرابات سے عارضی طور پر اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں - اس
طریقہ سے بھی کامیابی حاصل ہونے کا ادعاء کیا گیا ہے کہ جسمیں آئرن کیکوڈائلیٹ
(iron cacodylate) ایک گرین کی مقدار کے دروں وریدی اشرابات اور اسکے ساتھ کوئگولین
(coagulen) (۵ء اسی اسی) کے دروں عضلی اشرابات، ہفتہ میں تین مرتبہ

وئے جاتے ہیں۔ حال ہی میں ایک نئی تجویز یعنی جرمنین (germanin) (Bayer) وسیع طور پر استعمال کیگئی ہے، خاص طور پر براعظم یورپ میں۔ بحیثیت مجموعی درج شدہ نتائج نہایت ہی سازگار رہے ہیں، الاّ ان مریضوں میں جنھیں مرض تقی یافتہ تھا۔ جس مقدار کا مشورہ دیا جاتا ہے وہ ۰٫۵ گرام سے لیکر ایک گرام ہے جو دروں وریدی طور پر ہر ۳ تا ۴ روز کے بعد دیجائے۔ سمی علامات، مثلاً البیومین بولیت اور یرقان کے لئے نگاہ رکھنا چاہئے۔ ذاتی دموی علاج اور موزوں معطی سے نقل الدم بعض اوقات نمایاں عارضی اصلاح واقع کردیتے ہیں، لیکن علاج کے ہر دوسرے معلوم طریقے کی نسبت جرمنین سے زیادہ مستقل نتائج حاصل ہونے کی امید ہے۔

مقامی علاج یہ ہے کہ بورک ایسڈ کے غسلوں، بلکے دافع عفونت زیادوں اور سفوفوں، وغیرہ کے ذریعہ سے جلد کو حتی الامکان صاف اور بآرام رکھا جائے۔ جب فمی مخاطی جھلی ماؤف ہو تو کوکین اور کاربولک ایسڈ شامل رکھنے والے لوزینجوں سے درد میں تخفیف ہوتی ہے۔ انتہائی درجوں میں مارفیا (morphia) آزادانہ طور پر دینا چاہئے۔

برگی داء الفقاع (pemphigus foliaceus)۔ یہ داء الفقاع کی ایک نہایت شاذ اور مہلک قسم ہے، جسمیں بتدریج جسم کی ساری سطح ماؤف ہوجاتی ہے۔ چھالے ڈھیلے اور چپٹے ہوتے ہیں، اور تنے ہوئے اور نیم کروی کبھی نہیں ہوتے۔ انکا مافیہ گدلا ہوتا ہے، اور جب یہ خارج ہوجاتا ہے تو ایک ملتہب اور منسج سطح باقی رہ جاتی ہے۔ اِس سے پھپولوں کے باقیات چپکے ہوئے رہ کر پتلی پپڑیاں یا گالے بنا دیتے ہیں، جنکی زیرین سطح بدبودار افراز کی وجہ سے تر رہتی ہے۔ اگر ان گالوں کو نکالدیا جائے تو ایک سرخ، کچی، افرازی سطح باقی رہ جاتی ہے جو سرخ ایکزیما (eczema rubrum) سے مشابہ ہوتی ہے۔ جب ساری سطح ماؤف ہوتی ہے تو وہ بیشتر چپکی ہوئی پرجلد سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جسکے ساتھ تھوڑے تھوڑے فاصلوں سے کچی چکتیاں ہوتی ہیں۔ ایسی صورت میں بھی پھپولوں کی موجودگی کا مشاہدہ کرنا آسان نہیں ہوتا، کیونکہ وہ موجودہ پرجلد کے نیچے بن بن کر جلد ہی پھوٹ

جاتے ہیں ۔ مگر مرض آہستہ ہوتا ہے جسمیں فترات اور نکس ہوتے رہتے ہیں، اور ممکن ہے بعض مقامات پر جلد کا اندمال ہوتا ہے ۔ لیکن بالآخر یہ مرض خستگی یا بین رو مرض کی وجہ سے مہلک ہوتا ہے ۔

نبتی داء الفقاع (pemphigus vegetans) ایک دوسری شاذ قسم ہے، جسمیں منہ پہلے ماؤف ہوتا ہے ۔ پھر جلد پر معمولی قسم کے پھپولے بنجاتے ہیں، منفجر ہوتے ہیں، اور طویل مدت تک غیر مندمل رہتے ہیں ۔ ان کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ تر مقامات، مثلاً بغلوں، جنگاسوں، اور آلوی شکنوں پر پھوٹے ہوئے چھالوں کے مقام پر متقطر حلیمی بالیدیں بنجاتی ہیں، جو سطح سے $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ انچ اوپر ابھری ہوئی ہوتی ہیں، اور ایک بدبودار مخاطی قیحی سیال کا افراز کرتی ہیں۔ شدید انبطاح طاری ہوجاتا ہے، اور یہ اصابتیں ہلاکت پر ختم ہوتی ہیں ۔ مقامی دافع عفونت لاسقات سے کچھ تسکین حاصل ہوسکتی ہے ۔ بہت سے مشاہدین نے اضرار سے عصیہ ریم ازرق تفرید کیا ہے، اور اغلب ہے کہ یہ مرض اصلی داء الفقاع ہے جو اس عضویہ سے ثانوی طور پر پیچیدہ ہوگیا ہے ۔

برادمی ارتخاء حبابی (epidermolysis bullosa) ۔ یہ ایک نہایت شاذ خلقی اور موروثی مرض ہے، جسمیں جلد ضربہ کے لئے غیر معمولی طور پر حس پذیر ہوجاتی ہے، چنانچہ خفیف سی میکانی چوٹوں تک سے اسمیں پھپولے پیدا ہوجاتے ہیں ۔ اسکی دو قسمیں تسلیم کیجاتی ہیں ۔ سادہ اور سوء تغذیتی، اور آخر الذکر کو تین گروہوں میں ذیلی طور پر تقسیم کیا جاسکتا ہے، جنمیں سے ہر ایک گروہ مختلف طریقہ سے ورثہ میں منتقل ہوتا ہے، اور جنکے سریری مظاہر میں اختلافات پائے جاتے ہیں (54)۔ سادہ قسم میں پھپولے ندبہ چھوڑے بغیر مندمل ہوجاتے ہیں، اور صرف جلد ماؤف ہوتی ہے ۔ سوء تغذیتی قسم میں ممکن ہے غشاء مخاطی بھی ماؤف ہوجائے، اور انداب واقع ہوتا ہے ۔ یہ فرق اس مقام پر منحصر ہے کہ جسپر پھپولے بنتے ہیں ۔ سادہ قسم میں یہ برادمہ میں ہوتا ہے، خواہ طبقہ قرنیہ میں یا شبکہ میں، اور دوسری قسم میں برادمہ اور بالائی ادمہ کے درمیان ۔

وہ مریض جو سادہ قسم میں مبتلا ہوتے ہیں، بالعموم باقی ہر طرح سے طبعی ہوتے

ہیں اور انکے دانتوں، بالوں اور ناخنوں میں کوئی نقص نہیں ہوتا۔ پھپولوں کی تکوین ابتدائی بچپن کے زمانہ تک تاخیر پذیر ہو جاتی ہے، اور شیر خواری کے زمانہ میں شاذ ہے۔ وہ اِن مقامات پر ہوتے ہیں جو تضرر کے لئے منکشف ہوتے ہیں مثلاً ہاتھ اور پاؤں، اور جہاں موزہ بندوں (garters)، پتلون کے تسموں (suspenders) یا پیٹیوں سے دباؤ پڑتا ہے۔ یہ رجحان بلوغ پر یا بلوغ کے بعد بسا اوقات کم ہو جاتا، یا زائل ہو جاتا ہے۔

سوء تغذیتی قسم میں، (جسکی ایک غالب اور ایک مغلوب قسم ہے، اور آخر الذکر زیادہ شدید ہے) پھپولے ولادت پر یا اسکے بہت جلد بعد موجود ہوتے ہیں، اور دانتوں، بالوں، ناخنوں، اور اغشیہ مخاطی کو ماؤف کرنے والے دوسرے بروں ادمی نقائص پائے جاتے ہیں، خاصکر مغلوب اصابتوں میں پھپولے ممکن ہے نزفی ہوں، انداب شدید ہوتا ہے، اور ایک ممیز خاصہ ذبولی جلد میں دخنی دویروں کی موجودگی ہے۔ سادہ اور سوء تغذیتی دونوں اقسام میں ہتھیلیوں اور تلووں کی کثرت عرقی (hyperidrosis) ایک عام متلازم علامت ہے۔

بحث اسباب - یہ فساد موروثی اور خاندانی ہے، اور بہت سے متاثرہ خاندانوں کی تفصیلات بیان کیگئی ہیں (54)۔ جلد کی لچکدار بافت کی قلت کو پھپولوں کی تکوین کا حقیقی سبب گردانا گیا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں لچکدار ریشوں میں کوئی تغیر نہیں پایا گیا۔ ایک دوسرا نظریہ یہ ہے کہ یہ تحول کی ایک فطری خطا کے باعث ہوتا ہے جسکا مقابلہ خلقی پار فرین بولیت (porphyrinuria congenita) سے کیا جا سکتا ہے۔ کوئی علاج فائدہ مند نہیں ہوتا، الّا یہ کہ ضربہ سے حفاظت حتی الامکان یقینی کر دینی چاہئے۔ پھپولے جب بنجائیں، تو خفیف دافع عفونت لئی کے ذریعہ انکا تکسیہ کر دینا چاہئے۔

جلد کی بیش قرنیتیں

(HYPERKERATOSES OF THE SKIN)

کنوب اور سمکات

(callosities and corns)

یہ رگڑ اور دباؤ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔

کنبہ (callosity) دراصل برجلد کی قرنی تہ کی بیش پرورش ہے، جو پاؤں کے انگوٹھے کی گدی پر، ایڑی پر، مزدوروں، چپّو چلانے والوں اور دوسرے لوگوں کے ہاتھوں پر، ولایتی سارنگی وغیرہ بجانے والوں کی انگلیوں کے سروں پر عام طور پر دیکھی جاتی ہے۔

سمکہ (corn) (عرن = clavus) برجلد کی ایک مقامی دبازت ہے، جس سے ایک مخروطی زیر بالیدگی پیدا ہوجاتی ہے، جو زیر افتادہ خلیمات پر دباؤ ڈالکر انھیں مذبول، اور گرداگرد کے خلیمات میں التہاب اور بیش پرورش پیدا کردیتی ہے۔ جیسا کہ عام طور پر معلوم ہے سمکات پاؤں کی انگلیوں پر، خاصکر چھوٹی انگلی کے بیرونی جانب، اور دوسری انگلیوں کی پشت اور اطراف پر عام ہیں۔ سمکہ کا درد زیادہ تر اِسوجہ سے ہوتا ہے کہ وہ چھوٹی ڈانٹ نیچے اَدمہ پر دباؤ ڈالتی ہے، لیکن اکثر ٹیس خود بخود پیدا ہوجاتی ہے۔ جب سمکہ انگلیوں کے درمیان واقع ہو اور اسے متواتر تر رکھا جائے تو دبازت کم نمایاں ہوتی ہے، لیکن التہاب زیادہ صریح، اور وہ حصہ اکثر نہایت اَلیم ہوتا ہے (نرم سمکہ = soft corn)۔ کبھی کبھی سمکات ملتہب اور متقرح ہوجاتے ہیں، یا سمکہ کے نیچے ایک فُوَیرہ یا دُرجک بنجاتی ہے، اور اِسطرح ایک مثلجیہ (bunion) پیدا ہوجاتا ہے۔

علاج۔ مناسب شکل و وضع کے جوتے استعمال کرنے سے ممکن ہے کہ سمکات اچھے ہوجائیں، یا تقریباً بالکل نہونے پائیں۔ تلا پاؤں کے تلوے کے

برابر یا اُس سے کسیقدر بڑا ہونا چاہیئے اسوقت جبکہ کھڑے ہونے کی وضع میں بدن کا سارا وزن اُسپر پڑنے سے وہ خاص صورت کا بنجائے ۔ اگر جوتے کا تلا پاؤں کے تلوے کی نسبت تنگ ہو تو اوپر کا چمڑا حرکت کرنے میں پاؤں کی کور سے بالکل لگا ہوا رہیگا، اور نتیجہ یہ ہوگا کہ اُسپر ہمیشہ رگڑ ہوتی رہے گی ۔ تلوے کی اندرونی کور سیدھی ہونی چاہیئے، اور نوکدار جوتوں سے سخت پرہیز کرنا چاہیئے ۔ اگر سمکات ننگئے ہوں تو اُنھیں گرم پانی میں بھگو کر ایک تیز چاقو یا اُسترے سے چھیل دینا چاہیئے۔ اس وقت سوکھی سپید ڈانٹ ملیگی جسے نکالدیا جاسکتا ہے ۔ پھر ایک سمکی لصقہ (corn plaster) لپیٹا جاسکتا ہے، یا اُس اُنگلی پر محض ایک اچھے سے کتانی لصقہ (linen plaster) کی بندکشی کیجاسکتی ہے ۔ اور اِسکے ساتھ مناسب طور پر بنے ہوئے جوتے ہوں تو رگڑ کم ہوکر اَقل رہ جائیگی ۔ نرم سمکات (soft corns) کو احتیاط کے ساتھ چھیلکر اُنگلیوں کے درمیان نرم روئی رکھدیجائے یا سمک کے نیچے تنگ بندکشی کے ایک دو چکر لپیٹ دئے جائیں تو اُنپر دباؤ نہیں پڑنے پائیگا۔ دبازت یافتہ جلد سیلی سلک ایسڈ، ۵ فیصدی طاقت کے مرہم، یا پلستر کی صورت میں، یا کلوڈئین کے اندر محلول (ایک ڈرام ایک اونس کے اندر) کی صورت میں 962
لگانے سے بھی نکالی جاسکتی ہے ۔ پھٹکری یا ٹینک ایسڈ (tannic acid) کے غسولات کے استعمال سے الیم حصّے کو فائدہ ہوسکتا ہے ۔ لیکن تمام اصابتوں میں مستقل آرام حاصل کرنے کا واحد ذریعہ یہی ہے کہ کافی چوڑے پنجے والے جوتے استعمال کئے جائیں، جنکا تلا چوڑا اور ایڑی نیچی ہو۔

قرنیت

(keratosis)

قرنیت، یعنی بَرجلد کی قرنی تہ کی زیادتی، التہاب جلد کی متذکرۂ بالا بیشتر اقسام، مثلاً صدفیہ (psoriasis)، مزمن اکزیما، اور سُرخ شعری تنخیل (pityriasis rubra pilaris)، کا ایک اہم اور ضروری جزء ہے ۔ قرنی تہہ کی زیادتی سمِ الفاری تسمّم (arsenical poisoning) سے بھی پیدا ہو جاتی ہے ۔

ایک شاذ پیدائشی مرض، جسمیں ہتھیلیوں اور تلووں کی قرنی تہ کی بکثرت بیشش پرورش واقع ہوجاتی ہے، راحی و اخمصی قرنیت یا ثخن (keratosis or tylosis palmaris et plantaris) - یہ کئی پشتوں میں اور ایک ہی خاندان کے اراکین میں واقع ہوسکتا ہے۔

قرنیت شعری

(keratosis pilaris)

یہ حالت اپنی سادہ تر شکل میں نہایت عام ہے، اور اسکو غفصبت کی ایک جرابی قسم شمار کیا جاسکتا ہے، مزید برآں اس غیر طبعی حالت میں یہ ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ جیسا کہ غفصبت میں ہوتا ہے، جلد کے ماؤف شدہ حصّے وہ ہوتے ہیں جنمیں دہنی اور عرقی غدد طبعًا کم نمو یافتہ اور کم فعال ہوتے ہیں، اور جو اس بناء پر زیادہ خشک ہوتے ہیں، یعنی جوارح کی باسط سطحات، پنڈلیاں، کوکھیں اور رانوں کے بیرونی حصّے۔ بالعموم یہ بالائی بازوؤں کے باسط رخوں پر اور ٹانگوں کے عقبی جانبی حصّوں پر، گھٹنوں کے نیچے سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔

اغرار جرابی بثور پر مشتمل ہوتے ہیں، جو جرابوں کے فتحی حصّوں میں قرنی مخروطات کی موجودگی کے باعث ہوتے ہیں، جو نہایت ہی منضم ہوتے ہیں۔ زغب مذبول ہوتے ہیں، اور مرغولی طرز پر گنڈلی مارے ہوئے مخروطات میں سے گزرتے ہیں۔ متاثرہ رقبوں کا رنگ ممکن ہے طبعی ہو، لیکن قرنیت شعری بسا اوقات جوارحی زراق والی لڑکیوں میں دیکھی جاتی ہے۔ اِن میں بالعموم بالائی بازوؤں، رانوں اور ٹانگوں پر زیر جلدی شحم کی افراط پائی جاتی ہے، اور دورانی رکود کی وجہ سے اِن حصّوں کی جلد، خاص طور پر باسط سطحات پر، نیلی سی سُرخ ہوتی ہے، اور قرنی صمامات سے پٹی ہوئی ہوتی ہے، جن میں سے ہر ایک کے گرد ایک نیلا سا ہالہ ہوتا ہے۔

قرنیت شعری کسی بھی عمر میں (۲ یا ۳ سال) واقع ہوسکتی ہے، لیکن ریعان میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے، اور بالغ زندگی میں کم یا غائب

ہونے کا رجحان رکھتی ہے ۔ متاثرہ جرابوں میں ذہنی غدد اور زغب آخرکار بالکل
مذبول ہو جاتے ہیں، اور اضرار کی جگہ نقطہ نما ندبات لے لیتے ہیں۔

بحث اسباب۔ غضبت کی طرح، یہ حالت خلقی اور خاندانی ہوتی
ہے، اور فطری فاتر قرنیتوں کی بدرجہا سب سے زیادہ عام قسم ہے۔

علاج۔ بگیرند ۔ ایسڈ سیلی سلسائی (acidi salicylici) ۱۵ — ۲۵
گرین، گلیسرنائی املائی (glycerini amyli) $۲\frac{۱}{۲}$ ڈرام، پیراف مال البب
(paraff moll. alb.) $۲\frac{۱}{۲}$ ڈرام، ایڈیپ لینی ہائڈ (adip lanæ hyd.) تا بجد
ایک اونس کی اچھی طرح تمریخ کرنے سے جلد کے کھردرے منظر اور ساخت میں اصلاح
ہو جائیگی ۔ غدہ درقیہ، جسکے ہمراہ فعال بیضی خلاصہ ہو یا نہ ہو، بعض اصابتوں میں
ضروری ہوتا ہے۔

قرنیت شعری ذبولی (keratosis pilaris atrophicans)-

قرنیت شعری گلگونی ذبولی (keratose pilaire rouge atrophiante)
(Brocq)، ندبی احمرار حاجبین نماد (ulerythema ophryogenes)
(Taenzer)- قرنیت کی ایک زیادہ شدید شکل کو مختلف مشاہدین نے مختلف
نام دیے ہیں ۔ یہ ابروؤں، بالخصوص انکے بیرونی نصفوں، پیشانی کے مرکز،
گالوں، اور جلد الراس کو ماؤف کرتی ہے ۔ متاثرہ حصے سرخی مائل جھلک ظاہر
کرتے ہیں، اور اصمام شدہ یا مذبول شدہ جرابی دہنوں کے گرد دمویت کا ہالہ پایا جاتا ہے۔
شدید اصابتوں میں جلد الراس تقریباً مکمل طور پر گنجی ہو جاتی ہے، اور ابرو اور پلکیں ضائع ہو جاتی ہیں۔

بحث اسباب۔ غضبت کی معمولی قسم اور سادہ قرنیت شعری کی طرح یہ حالت خلقی
اور بسا اوقات خاندانی ہوتی ہے۔ ایسی اصابتیں درج کیگئی ہیں جنمیں والد یا والدہ غضبتی تھی۔

قرنیت جرابی (keratosis follicularis) (ڈیریر کا مرض

(Darier's disease = ۔ یہ شاذ حالت، جسے ڈیریر نے ۱۸۸۹ء میں پہلے پہل بیان کیا
تھا، فاتر قرنیت کی ایک قسم ہے جسکا ممیز خاصہ سرحلمی خلیات کا ایک عجیب قسم کا انحطاط ہے، 965
جو شعری دہنی جرابوں کے اور عرقی قناتوں کے بالائی ثلث میں خاص طور پر واقع
ہوتا ہے ۔ اسی قسم کا خلوی انحطاط، بھٹنی کے مرض پیجٹ (Paget's

disease of the nipple) اور نام نہاد بووِن کے پیش سرطانی داء الجلد (pre-cancerous dermatosis of Bowen) میں بھی دیکھا جاتا ہے - مختصراً اہم اضرار بثور ہوتے ہیں، جو بھوری سی پپڑیوں سے ڈھکے ہوئے، اور شعری دہنی جرابوں اور عرقی قناتوں کے متسع دہنوں، اور درمیان کی جلد پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ پپڑیاں ملتقی ہونے، اور بروقی چکتیاں بنانے کا رجحان رکھتی ہیں۔ شکنوں اور مفصلی تعریجات میں ممکن ہے روئیدگیاں ہوں، جو تر ہو جاتی ہیں، اکثر اوقات نوبتی طور پر، اور بدبو پیدا کرتی ہیں۔

باستثناء ان شاذ مثالوں کے جنہیں توران یک جانبی ہوتا ہے، اور فلقی توزیع رکھتا ہے یعنی طرح جس طرح کہ وحمہ یک جانبی (nævus unius lateralis)، اضرار دو جانبی طور پر متشاکل ہوتے ہیں، اور انتخابی مقامات چہرہ، بالخصوص کنپٹیاں اور انفی شفوی شکن، جلد الراس، اذنی صدفات، پیش قصی اور بین کتفی خطے، کمر کا خط، اور مفصلی تعریجات ہوتی ہیں، لیکن دوسرے حصے بھی متاثر ہو سکتے ہیں - جوارح کی ظہری سطحات پر چپٹے ثولولات سے ملتے جلتے اضرار موجود ہو سکتے ہیں، اور بسا اوقات ہتھیلیوں اور تلووں پر نقطہ دار قرنیت پائی جاتی ہے - منہ کے اغشیہ مخاطی، بشمول زبان، بلعوم، مری، اور معاء مستقیم کے ماؤف ہو سکتے ہیں۔

بالعموم یہ مرض ابتدائے عمر میں پہلے پہل نمودار ہوتا ہے، لیکن اس کا آغاز ادھیڑ عمر یا اس سے بھی بعد تک تاخیر پذیر ہو سکتا ہے - کچھ مدت تک یہ بسرعت ترقی کرتا ہے، اور اسکے بعد ٹھیرا ہوا رہتا ہے۔

بحثِ اسباب - یہ تقریباً ۵۰ فیصدی اصابتوں میں خاندانی اور موروثی ہوتا ہے، اور دو یا زیادہ پشتوں میں نمودار ہوتا ہے - دوسرے نقائص طبیعی اور ذہنی، اسکے ساتھ موجود ہو سکتے ہیں۔

مرضی تشریح - بیش قرنیت، اور شبکہ میلپیجیائی کی بیش پروردگی موجود ہوتی ہے - ممیز فاتر قرنیتی خلیات ("گول اجسام" اور "دانے") جنکو ڈیریر نے پہلے پہل غلطی سے طفیلی جرثومے (psorosperms) سمجھا، شبکہ اور طبقۂ قرنیہ

میں دیکھے جاتے ہیں۔

علاج - ایسے مرہم یا لیپ جو قرن پاش ادویہ، مثلاً سیلی سلک ایسڈ اور ریسارسن (resorcin) پر مشتمل ہوں، مفید ہوتی ہیں۔ لاشعاعوں کے عاقلانہ استعمال سے، اور اِس سے بھی قریبی زمانہ میں گرینز شعاعوں (Grenz-rays) سے نمایاں اصلاح پیدا کیگئی ہے۔

جلدی قرنہ

(cornu cutaneum)

شاذ اصابتوں میں سینگ کی بالیدگیاں، بعض اوقات کئی اِنچ لمبی، اور عموماً پیچدار یا خمیدہ دیکھنے میں آئی ہیں۔ عموماً یہ منفرد ہوتی ہیں۔ یہ مجتمع برجلدی تہوں پر مشتمل ہوتی ہیں، جو بیش پروردہ حلیمات کے قاعدے پر ہوتی ہیں۔

علاج یہ ہے کہ انکا استیصال کرکے انکے قاعدہ کو کَیّ کردیا جائے۔

غضبت الجلد

(ichthyosis)

غضبت الجلد کی اصطلاح کئی ایک مختلف حالتوں کو یکجا کرنے کے لئے غیر موزوں طور پر استعمال کیگئی ہے جو سب کی سب خلقی فائز قرنینیں شمار کیجا سکتی ہیں، لیکن جو توزیع، شدت، اور طرز وراثت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں (54)۔ یہاں صرف عام شکل (غضبت عام، سادہ یا لامعہ ichthyosis vulgaris, simplex or nitida) بیان کی جائیگی۔ اس حالت میں جلد غیر طبعی طور پر خشک اور چھلکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جنکی جسامت غیر طبعی حالت کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ خاص طور پر متاثرہ حصے وہ ہوتے ہیں جن میں دُہنی اور عرقی غدد طبعاً کمترین فعال ہوتے ہیں، یعنی جوارح کی باسط سطحات، خاص طور پر کہنیاں اور گھٹنے، اور کم حد تک دھڑ، چہرہ، جلد الراس اور جوارح۔ اسکے برعکس مفصلی تعریجات اور قدرتی شکن بمشکل متاثر ہوتے ہیں

یا بالکل متاثر نہیں ہوتے۔ ہتھیلیوں اور تلووں کا بالعموم ممیز منظر ہوتا ہے اسطرح کہ باریک تر خطوط محو ہو جاتے ہیں اور عمیق تر خطوط زیادہ مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔ ناخن خشک اور بھربھرے ہوتے ہیں، جلد الراس چھلکے دار ہوتی ہے، اور بال پتلے اور بے چمک ہوتے ہیں۔ جیسا کہ توقع کیجا سکتی ہے متاثرہ رقبوں پر دہن اور پسینہ کا افراز قلیل ہوتا ہے، اور بہت سے غضبتی زوردار ورزش کے دوران
964 میں پسینہ نہ آسکنے کی وجہ سے بہت تکلیف اٹھاتے ہیں۔ مزید برآں شحم کا فقدان غضبتی جلد کو شحم رُبا عوامل، مثلاً قلوی صابنوں، سوڈا اور بھاری پانی کے فعل کے لئے نہایت اثر پذیر بنا دیتا ہے، چنانچہ ہاتھوں اور ہتھیلیوں کا پھٹنا، انشقاق اور اکزیمائیت ان موضوعوں میں نہایت عام ہوتی ہے۔

اگرچہ غضبت، ولادت کے موقعہ پر نظر نہیں آتی، تاہم بالعموم یہ ابتدائی زندگی میں اپنے آپ کو ظاہر کر دیتی ہے، اور تقریباً ۱۰ سال کی عمر تک زیادہ نمایاں ہوتی جاتی ہے۔ ممکن ہے زمانہ بلوغ میں کچھ اصلاح ہو جائے، لیکن یہ تمام عمر باقی رہتی ہے۔ بسا اوقات اُسکے ہمراہ حساسیتی ثلاثہ علامات یعنی رضیعی اکزیما، بیسنیر کا حکاک، اور دمہ پایا جاتا ہے۔ کاکین (Cockayne) یہ رائے دیتا ہے کہ غضبت اور اِن حساسیتی علامات کا امکان، جداگانہ ارثی عوامل کی وجہ سے ہوتا ہے جو اُسی لونی جسم میں پڑے ہوتے ہیں، اور یہ کہ انکے درمیان مرابطہ ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ قرنی تہ دبیز ہو جاتی ہے اور شبکۂ میلپیجیائی پتلا ہو جاتا ہے۔ طبقۂ ذراتی کم یا مفقود ہوتا ہے۔ دہنی غدد بہت تھوڑے اور چھوٹے ہوتے ہیں، لیکن ناصبات الشعر بیش پرورده ہوتے ہیں۔ عرقی غدد اور قناتوں میں مختلف تغیرات بیان کئے گئے ہیں۔

بحث اسباب۔ غضبت موروثی اور خاندانی ہوتی ہے، لیکن اکثر ایک پشت کو بیچ میں سے چھوڑ دیتی ہے، اور واحد اصابتیں پائی جاتی ہیں۔ اساسی تحولی شرح کے مطالعہ سے ناقص درقیت تو ظاہر نہیں ہوئی، لیکن خلاصہ درقیہ کا علاجی فائدہ ناقابلِ تردید ہے۔

علاج۔ قلوی صابنوں اور دیگر شحم رُبا عوامل سے پرہیز کرنا چاہیے۔

ایک ایسے مرہم کے ساتھ جو گلیسرین آف سٹارچ (glycerine of starch)، لینولین (lanoline)، اور ویسیلین پر مشتمل ہو، پہلے پہل روزانہ اور پھر ہفتہ میں دو تین مرتبہ باقاعدہ تمریخات کرنی چاہئیں۔ غدہ درقیہ کو مناسب مقداروں میں بااصرار طویل مدتوں تک آرام کے وقفوں کے ساتھ دینا چاہئے۔ شمسی غسل، غضبتی جلد پر ایک عجیب وغریب تاثیر رکھتا ہے، اور ممکن ہے عارضی طور پر اسکو طبعی سے ناقابل تمیز بنا دے۔ غضبتی تقریباً ہمیشہ دبلے پتلے ہوتے ہیں، اور ایک ایسے نظام غذا سے جو شحم حل پذیر حیاتینوں سے بھرپور ہو، انکو فائدہ پہنچتا ہے۔

جِلد کی ذُبولی اور سُوءِ تغذیتی حالتیں

(ATROPHIC AND DYSTROPHIC CONDITIONS OF THE SKIN)

صلابت جلد

(sclerodermia)

صلابت جلد صلابتِ جلد منتشر یا محدود ہو سکتی ہے۔ **منتشر صلابتِ جلد** (diffused sclerodermia) میں جلد کی عام سختی یا تصلّب ہوتا ہے، جو نہایت عام طور پر چہرے، گردن، کندھوں، سینہ، اور بازوؤں کے قریب شروع ہو کر بتدریج جسم کے اسفل حصے میں پھیل جاتا ہے۔ ایسی ہی حالت انگلیوں میں شروع ہو کر صلابتِ انگشت (sclerodactylia) یا صلابتِ جلد انگشت (acrosclerodermia) پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 310)۔ ابتداء رنگ میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی، لیکن جلد سخت، استوار اور بے لچک ہوتی ہے، اور اسے چٹکی میں لیکر شکن نہیں ڈالا جا سکتا۔ جیسے جیسے یہ حالت ترقی کرتی ہے جوارح کی حرکتوں میں مزاحمت ہوتی ہے، مفاصل کم و بیش مُثبّت ہوتے جاتے ہیں، سینہ کی تنفسی حرکت محدود ہوتی جاتی ہے، اور اگر چہرہ ماؤف ہو تو اسکی قوتِ اظہار جاتی رہتی ہے۔ منہ مشکل سے کھولا جا سکتا ہے، لیکن پپوٹوں کی حرکت پذیری

اکثر قائم رہتی ہے۔ بعد میں جلد چمکدار اور چکنی ہو جاتی ہے، لون کی بیقاعدہ چکتیاں نمودار ہو جاتی ہیں، اور جا بجا عروقی اتساع کے رقبے پیدا ہونے سے ایک گلابی یا بنفشئی رنگ پایا جاتا ہے۔ پسینے اور دُہن کے افرازات کم ہو جاتے ہیں۔ مرض کا عمر آہستہ ہوتا ہے اور وہ سالہا سال رہتا ہے، اور بالآخر بہت سی اصابتوں میں بالکل رفع ہو جاتا ہے۔ اس دوران میں مریض کی صحت عملاً غیر متاثر رہتی ہے، لیکن کبھی کبھی رثیبۃ اور عوارضِ قلب کی پیچیدگیاں دیکھی گئی ہیں۔ خود جلد میں ایکزیما، احمرار، اور تقرح واقع ہو سکتا ہے۔

بعض اصابتوں میں مرض، جلد کی زیادہ دبازت یا اُذیما کے ساتھ شروع ہوتا ہے، اور کروکر (Crocker) کی رائے ہے کہ اس سے ایک ذبولی استواری اور تنگی کی حالت پیدا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے، جسمیں سادہ متصلب قسموں کی نسبت خود بخود شفایابی کا امکان بہت کم ہوتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ منتشر قسم عموماً مرضِ رینا ڈ (Raynaud's disease) کے ساتھ موتلف ہوتی ہے۔ محدود المقام قسمیں کبھی کبھی تضرر کے بعد پیدا ہو گئی ہیں، اور زیادہ عمومی حالتیں سردی لگنے، افکار، اور نوعی تپوں سے منسوب کیگئی ہیں۔ حال ہی میں چند سال سے مختلف مصنفین خیال کرنے لگے ہیں کہ یہ حالت بالخصوص غدۂ درقیہ نیز سر گردوں اور جسمِ نخامی کے اندرونی افرازات کے عوارض، یعنے اُنکی زیادتی یا نقص، کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔

965 یہ مرض نو عمر بالغوں اور ادھیڑ عمر کے اشخاص میں، اور کم اکثر بچوں میں واقع ہوتا ہے، لیکن اب تک ۱۲ ماہ سے نیچے واقع نہیں ہوا (ملاحظہ ہو نومولودی صلابتِ جلد)۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، لیکن اسکے اسباب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے (ملاحظہ ہو برص کے اسباب)۔

محدود صلابتِ جلد (circumscribed sclerodermia) یا قشعرا (morphœa) میں ۲، ۳، یا زائد انچوں کے قطر کی ایک غیر متشاکل چکتی ہوتی ہے، جو اکثر اوقات ایک عصب کی توزیع سے تناظر ہوتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک چکتی پیشانی پر فوق المحجری عصب کی توزیع پر ہو۔ پستان کے قریب

دھڑ اور جوارح بھی اِس ثوران کے عام مقامات ہیں - چکتیاں بےقاعدہ شکل کی ہوتی ہیں، یا ایک جارحہ کے گرد یا اُسکے طول میں بندوں کی شکل میں ہوسکتی ہیں - وہ پھیکے سفید ہاتھی دانت کے رنگ کی، اور متسع عروق کے ایک بنفشئی یا گلابی منطقہ سے گھری ہوئی ہوتی ہیں - جلد چکنی اور خشک ہوتی ہے اور اکثر چٹکی میں لیجا سکتی ہے - وہ تندرست جلد کے لیول میں، یا اُس سے نیچے یا اوپر ہوسکتی ہے - یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے اور پھر کم ہوکر غائب ہوجاتا ہے، یا ممکن ہے پھیلکر منتشر قسم کا ہوجائے، یا ایک ذبولی حالت میں باقی رہے - نیز محدود صلابتِ جلد مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور بعض اوقات مقامی خراش اُسکا سبب ہوسکتی ہے -

تشریح - بَرجلد غیر ماؤف ہوتی ہے بجز اسکے کہ شبکہ میں کسیقدر لون موجود ہوتا ہے - ادمہ اور تحت الجلدی بافتوں میں اتصالی بافت کی حد سے زیادہ بالیدگی پائی جاتی ہے - عمیق تر عروق بیشمار سپید خلیّوں سے گھری ہوئی ہوتی ہیں، اور اوپری عروق اکثر سکڑی ہوئی اور خالی ہوتی ہیں - نیز سپید خلیے پسینے کے غدد کی قناتوں کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں اور انکو مسدود کرسکتے ہیں، اور جلد کے عضلی ریشے بیش پرورده ہوتے ہیں -

علاج - اِس مرض میں علاج سے بہت کم فائدہ ہوسکتا ہے - مریض کو ہر وقت گرم رکھنا چاہیئے، اور مقوی ادویہ دینا چاہیئے - مقامی طور پر منتّم لاسقات اور رگڑ، جلد کے دورانِ خون کو بحال کرنے کے لیئے تدلک، اور گلوانیت کا استعمال کیا جاسکتا ہے - خلاصۂ درقیہ اور لاشعاعوں کے استعمال کے بعد اصلاح پائی گئی ہے -

نومولودی صلابتِ جلد (scleroma neonatorum) -

یہ جلد کا ایک مخصوص تصلب ہے، جو یا تو پیدائشی ہوتا ہے یا کمزور اور ناقص دورانِ خون والے شیرخواروں میں پیدائش کے تھوڑے عرصہ بعد ہی نمودار ہوجاتا ہے - یہ جوارح اسفل سے شروع ہوکر باقی سارے جسم میں پھیل سکتا ہے، یا منتشر چکتیوں کی صورت میں رانوں، سرینوں، دھڑ، بازوؤں، اور گالوں پر ہوسکتا ہے

ماؤف حصّے بالکل سخت اور کرخت محسوس ہوتے ہیں، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ تحت الجلد بافت منجمد ہوگئی ہے۔ چکپتیوں کی کوریں واضح الحدود، سطح سے قدرے اُبھری ہوئی، اور بعض اوقات نیلگوں سُرخ رنگ کی ہوتی ہیں۔ اُنہیں محض زیادہ دیر تک دبانے کے بعد گڑھا پڑتا ہے۔ یہ بچے سرد اور غنودہ ہوتے ہیں، اُنکی نبض صغر اور تنفس ضعیف ہوتا ہے۔ یہ اکثر ہبوط یا اسہال سے مرجاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی شفایاب بھی ہوتے ہیں۔ اِس تغیّر کا سبب اچھی طرح سمجھ میں نہیں آیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مرض حقیقی اُذیما کے ساتھ خلط ملط ہوجائے، جو ایسے ہی حالات میں پیدا ہوجاتا ہے۔ اُذیما زیادہ تر لٹکے ہوئے حصّوں میں ہوتا ہے۔ اُسمیں جِلد نیلی اور چھتّی دار ہوجاتی ہے، زیر افتادہ ساختوں سے چپکی ہیں اور اوپر اٹھائی جاسکتی ہے، اور دبانے سے اُسمیں بہ آسانی گڑھا پڑجاتا ہے۔

علاج۔ بچے کو گرم رکھنا چاہیئے اور کافی غذا دینی چاہیئے، جسکے لئے اگر ضرورت ہو تو اَنفی انبوبہ استعمال کرنا چاہیئے۔

شیوخی ذبول (senile atrophy) کے علاوہ، جسمیں جِلد خشک، بے لچک، جھرّی دار اور اکثر لونی ہوجاتی ہے، مندرجہ ذیل حالتیں ذبولِ جلد کے طور پر بیان کی جاسکتی ہیں۔

عصب التہابی ذبول جلد (atrophodermia neuritica)۔

یہ، جسے پیجیٹ (Paget) کی "چمکدار جلد" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، التہابِ عصب (neuritis) اور عصبی نظام کے دوسرے اضرار کے بعد پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ بالخصوص ہاتھ کی اُنگلیوں میں خوب دیکھنے میں آتا ہے، جنکی جلد چکنی، چمکدار، خشک، گلابی یا سرخ رنگ کی ہوجاتی ہے، اور ساری اُنگلی گاؤدم، اور ناخن طولاً اور عرضاً خمدار ہوجاتے ہیں۔ اِسکے ساتھ شدید اور لگاتار جلن اور درد ہوتا ہے۔

ذبولی خطوط و لطخات

(striæ et maculæ atrophicæ)

مُخَطَّط اور لطخے دار ذبولِ جلد (atrophodermia striate et maculata)

ذبولی خطوط (striæ atrophicæ) جسم کے اُن حصّوں کی نیم شفاف، ندبہ نما لکیریں ہیں، جنہیں بیجد تمدد ہو چکا ہو، مثلاً حمل کے بعد شکم (خطوط الحمل = linеæ gravidarum، خطوط ابیض = linеæ albicantes)، رضاعت کے بعد پستانیں، انتہائی استسقائے لحمی (anasarca) کے بعد شکم، رانیں، ٹانگیں اور ہاتھ۔ اور فربہی کی وجہ سے یا زیادہ محدود المقام شحمی سلعات کی موجودگی کے باعث شانے، پستانیں، اور رانیں۔ یہ لکیریں ایک انچہ سے لیکر تین یا چار انچہ لمبی ہوتی ہیں، اور گاؤ دم ہو کر ہر سرے پر نوکدار ہو جاتی ہیں۔ یہ تندرست جلد کے نیچے کسیقدر دبی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن اگر اُس حصّے میں اُذیما یا استسقائے لحمی پیدا ہو جائے تو جلد سے کسیقدر اوپر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں۔ جلد میں ایسا ہی تغیر بلا کسی ماسبق تمدد کے بھی واقع ہو سکتا ہے، اور یہ نہایت عام طور پر کسی طویل اور انبطاح آفریں علالت، مثلاً تپِ محرقہ، کے دوران میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں یہ حالت زیادہ تر سُرینوں، رانوں، گھٹنوں (خطوط رضفی (linеæ patellares = اور ٹخنوں کے قرب و جوار میں دیکھی جاتی ہے۔ اور یہ ذبولی خطوط مدوّر دھبّوں، یا لطخوں کے ساتھ مؤتلف ہو سکتے ہیں، جنکا قطر $\frac{1}{4}$ انچہ سے لیکر $\frac{1}{2}$ انچہ تک مختلف ہوتا ہے۔ اِن تمام اصابتوں میں جلد درحقیقت مذبول ہو جاتی ہے، اور اُسکی لچکدار بافت غائب ہو جاتی ہے۔ بر جلد پتلی پڑ جاتی ہے، حلیمات چھوٹے یا غائب ہوتے ہیں، اور تحت الجلد بافت اور غدد مذبول ہو جاتے لیکن اُن اصابتوں میں جو تمدد سے غیر متعلق ہوتی ہیں، ایک سریع الوقوع عروقی یا التہابی، بلکہ بیش پرورشی حالت بھی دیکھی گئی ہے۔ اور اِنہیں سموم کے فعل کو سببِ مرض تصور کیا گیا ہے۔

لونی جفاف الجلد (Xerodermia Pigmentosa) (مرضِ کپوسی) 966

★(Kaposi's disease) - یہ ایک عجیب اور شاذ مرض ہے، جسکی مجموعی خصوصیات جلد کا ذبول، لونیت کی زیادتی، صغیر عروقی اتساع اور انزال بعد خبیث سلعات کی بالیدگی ہیں - یہ ذکور اور اناث میں مساوی طور پر ہوتا ہے، اور حقیقتہً موروثی ہوتے ہوئے بغیر اسی خاندان کے اراکین کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے اگرچہ اسکا نسلی حدوث وسیع ہے، یہ یہودیوں میں سب سے زیادہ عام ہوتا ہے، اور اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں والدین میں ہم خاندانی پائی جاتی ہے (54) - یہ بچپن میں، اور عموماً موسمِ گرما میں، لونی دھبوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے، یا احراری دھبوں کے ساتھ، جو جلد ہی کمھلا کر لون ہو جاتے ہیں - یہ چہرے، گردن، صدغی خطے میں، جلد الراس پر، بازوؤں و پشتِ بازوؤں کی بیرونی جانب، اور ہاتھ کی پشت پر بنتے ہیں - لونی دھبے بعد میں ذبولی ہو جاتے ہیں، اور انکے اندر سپید، منخفض، سکڑی ہوئی جلد کی چکتیاں بنجاتی ہیں - یہ سپید دھبے کسیقدر منقبض ہوتے ہیں، اور مشکل سے چٹکی میں اُٹھائے جاسکتے ہیں - اور بالآخر جلد میں اتنی کافی تنگی پیدا ہوسکتی ہے کہ پپوٹے نیچے کھنچ کر ملتحمی التہاب (conjunctivitis) پیدا ہو جاتا ہے - ذبولی رقبہ پر توسیع عروق کے گلابی دھبے پیدا ہو جاتے ہیں، جو بتدریج بڑے ہو جاتے ہیں - ممکن ہے کہ عرصہ دراز تک مرض ٹھیرا ہوا رہے، اور جسم کے دوسرے حصوں میں کبھی نہ پھیلے - لیکن بالآخر توسع عروق یا لونی دھبوں میں سے ثولولی بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور یہ بالآخر سرطلمی سلعی نوعیت کی رسولیاں بنجاتی ہیں - یہ متقرح ہو کر مواد یا خون خارج کرتی ہیں، اور جسم کے بعید حصوں میں دوسری رسولیاں بنکر مریض خستگی کے باعث نشانۂ اجل بنجاتا ہے -

علاج سے اس مرض میں بہت کم فائدہ ہوتا ہے - چونکہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس مرض کے نمو کا دھوپ کے تکشف کے ساتھ کچھ تعلق ہے، لہذا مناسب ہے کہ دبیز سرخ نقابوں یا مقامی لاسقات کے ذریعہ چہرے کی حفاظت کیجائے - نو بالیدوں کو جب وہ پیدا ہوں قطع کر کے دور کر دیا جائے، یا ان کا علاج ریڈیم یا لا شعاعوں (X-rays) سے کیا جائے -

کپوسی نے ایک ابیض جفاف الجلد (xerodermia albidum) (کروکر کا ابیض ذبول جلد :Crocker's atrophodermia albida) بیان کیا ہے جو ٹانگوں کو رانوں سے نیچے کی طرف، اور بعض اوقات بازوؤں کو نیچے ہاتھوں تک ماؤف کر دیتا ہے اور جسمیں جلد مذبول ہوتی ہے اور پھر تن جاتی ہے ۔ یہ مرض بچپن میں شروع ہوتا ہے اور ٹھیرا ہوا رہتا ہے ۔

لون کی تبدیلیاں

(ALTERATIONS OF PIGMENT)

لونیت کی زیادتی اکثر شدید یا ہٹیلی بیش دمویت کا نتیجہ ہوتی ہے، جس سے بلاشبہ ہیموگلوبین عروق سے باہر نکل آتی ہے، لیکن اسکے اور بر جلد کی عمیق ترین تہہ میں لون کی قدرتی زیادتی کے درمیان کی کڑیاں اب بھی نامعلوم ہیں۔ سورج یا تیز ہوا میں تکشف سب سے زیادہ معروف مثال ہے ۔ لیکن گذشتہ بابوں میں یہ دیکھا گیا ہوگا کہ مختلف اقسام کے التہاب جلد، مثلاً اکزیما، احمرار (erythema)، داء الفقاع (pemphigus)، حزازہ (lichen)، اور صدفیہ (psoriasis) کے بعد لونیت کسیقدر عام طور پر پیدا ہونا بیان کیگئی ہے ۔ نیز سرخبادہ (erysipelas)، آتشکی ثورانات اور تقرحات، اور بالخصوص جوارح اسفل میں دوالی وریدوں کیوجہ سے پیدا ہونے والے پرانے قروح کا اضافہ کیا جا سکتا ہے ۔ آبلہ آور ادویہ اور رائی کے پلستروں کے بعد بھی اکثر تلوین ہو جاتی ہے ۔ یہ ایسا واقعہ ہے جسکی وجہ سے ہمیں خواتین کی گردن یا بازوؤں کے لئے جوابی خراش آور تجویز کرنے میں محتاط رہنا چاہیئے ۔ لونیت کی زیادتی کا ایک دوسرا عام ضربی سبب کھرینچنا ہے، جو حکہ کی تخفیف کے لیئے عمل میں لایا جاتا ہے، بالخصوص اُس حکہ کے لیئے جو شدید حکاک (prurigo) سے یا قمل (pediculi) کی موجودگی سے پیدا ہو جاتی ہے ۔

لونیت جلد کے بعض ایسے عوارض میں بھی پائی جاتی ہے، جنمیں بیش دمویت کوئی نمایاں خاصہ نہیں ہوتی، مثلاً صلابت جلد (sclerodermia)، کپوسی کا

967

جفاف الجلد (Kaposi's xerodermia)، اور بیاض الجلد (leucodermia)، جسکا بیان آگے درج ہے۔ داخلی مرض کی وجہ سے انتہائی درجہ کی لونیت ہمیں مرض ایڈیسن (Addison's disease) میں، اور اُس سے کم درجہ کی لونیت لمفی غدّی سلعہ (lymphadenoma) کی بعض اصابتوں میں، سرطانی سلعہ کے ضعفہ (carcinomatous cachexia) میں، ملیریا میں، مرض گریو (Graves' disease) میں، رثیتہ آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) میں، اور تدرّن، ذیابیطس، اور کہبت جگر (cirrhosis of the liver) کی بعض اصابتوں میں ملتی ہے۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ لمفی غدّی سلعہ میں اور مرض ایڈیسن میں ضفیرۂ شمسیہ میں مداخلت ہوجانا اسکا سبب ہے، لیکن متذکرۂ بالا بیشتر امراض میں اور بعض دیگر امراض، مثلاً برش رحمی (chloasma uterinum)، میں سمّی اسباب نہایت اغلب عامل معلوم ہوتے ہیں، اور سنکھیا کا داخلی استعمال لونیت پیدا ہوجانے کا ایک معروف سبب ہے۔ اسکے لئے عام طور پر کوئی خاص نام استعمال کرنے کا دستور نہیں ہے، لیکن مختلف مثالوں میں سیاہ جلدی (melanodermia)، سوادِ جلد (melasma) (فوق الکلوی سوادِ جلد = melasma suprarenale) اور برُہاش (chloasma) کے خطابات استعمال کئے گئے ہیں۔ اُن تمام اصابتوں میں جو کسی قابلِ تدارک سبب کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہیں، اُس سبب کی غیر موجودگی میں لونیت بالآخر غائب ہوجائیگی۔ اِسکے برعکس وہ لاعلاج اصابتوں، مثلاً مرض ایڈیسن، میں قائم رہتی ہے، اور بلاشبہ لونیت کی اُس زیادتی میں جو بڑھاپے میں پیدا ہوجاتی ہے، کوئی اصلاح نہیں ہوتی۔ لون کے محدود المقام اجتماعات، لونی خالوں (pigment moles) اور لونی ثولولات (pigmented warts) کی طرح بھی ہوا کرتے ہیں۔ یہاں بعض اقسام، یعنے کلف یا چھائیوں (lentigo or ephelis)، برش رحمی، اور مرض اصفر (ochronosis) کا بیان درج کیا جائیگا۔

لونیت کی قلّت اَمہاق (albinism) اور بیاض الجلد (leucodermia) میں دیکھی جاتی ہے۔

کلف

(lentigo)

چھائیاں (freckles: ephelis)

بعض حالتوں کے تحت سورج میں تکشف سے چہرے، گردن، پیش بازوؤں اور ہاتھوں کی پشت پر زرد، نارنجی، یا زردی مائل بھورے نُقطے نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ گرما میں سب سے زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں، اور سرما میں مرجھا جاتے یا بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ یہ ابتدائے بچپن کے آخری زمانے میں اور شاذ حالتوں میں زیادہ عمر میں دیکھے جاتے ہیں، اور اُجلے بالوں اور نیلی آنکھوں والے (اصفرالجلد قسم کے :xanthochroic type) لوگوں میں بالخصوص ہوتے ہیں۔

علاج۔ عموماً چھائیوں کو بلا علاج یوں ہی چھوڑ دینا بہتر ہے۔ تاہم ایک تیز کردہ دیا سلائی پر خالص کاربالک ایسڈ کے ذریعہ چھوکر ان کو دور کیا جاسکتا ہے۔

برشِ رحمی

(chloasma uterinum)

جیسا کہ اچھی طرح معلوم ہے، حالتِ حمل میں عام طور پر پھٹنیوں اور بغلوں میں، اور ناف اور عانہ کے درمیان کے خط میں لونیت کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ ان حالات میں بعض عورتوں میں، پیشانی کی ہر جانب پر لون کی ایک چوڑی پٹی بن جاتی ہے جو جلدالراس کے حاشیہ سے عین نیچے واقع ہوتی ہے لیکن اس حاشیہ کو نہیں چھوتی۔ یہ خطِ درمیانی میں زیادہ سکڑی ہوتی ہے، مگر جب کنپٹی پر پہنچتی ہے تو پھیلکر چوڑی ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ وجنہ پر سے پھیلتی ہوئی گال پر جا پہنچے۔ یا تو یہ مسلسل چلی جاتی ہے، یا منقطع ہو کر چھوٹی چھوٹی جداگانہ چکتیوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ اس کا رنگ زرد یا بھورا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ آنکھوں کے گرد سیاہ حلقہ بھی ہو، جس سے سب واقف ہیں۔ یہ جھی برش

بعض اوقات ہر متعاقب حمل کے ساتھ مکرر ہوا کرتا ہے اور وضع حمل کے ساتھ
غائب ہوجاتا ہے۔ یہ دوسرے رحمی اختلالات (مثلاً عسر الطمث : dysmenorrhœa)
کے باعث بھی ہو سکتا ہے، اور بعض اوقات اسکے سبب کا پتہ نہیں چلتا۔ رائڈ
علاج۔ مقامی طور پر سب سے زیادہ کثیر الاستعمال چیز مرکیوری پرکلو
(mercury perchloride) ہے، جیسے مستحلب بادام (almond emulsion) کے
ایک اونس میں ایک یا دو گرین کی طاقت کے محلول میں روزانہ دو بار لگایا جاتا ہے
یہاں تک کہ جلد سرخ ہو جائے۔ پھر زنک کا مرہم (zinc ointment) لگایا جائے۔
سائٹرک ایسڈ (citric acid) کاربولک ایسڈ (carbolic acid)، اور دوسرے
ہلکے کاویات کے محلولات بھی استعمال کئے گئے ہیں، جن سے بر جلد اور اس کے
ساتھ لون بھی دور ہو جاتا ہے۔ لیکن رنگ کے مکرر پیدا ہو جانیکا امکان ہوتا ہے۔
968 کروکر (Crocker) نے سیلی سلک ایسڈ کی لئی، یا لصقہ کو، یا الکحل کے اندر
اس ترشے کے سیر شدہ محلول کو چند گھنٹے تک لگائے رکھنے کی سفارش کی ہے۔
مرض اصفر (ochronosis)۔ ورکو (Virchow) نے اِس نام سے
ایک شاذ حالت کو موسوم کیا، جسمیں جلد، کرّیوں، اور صلبیہ میں سیاہ لونیت
پیدا ہو جاتی ہے۔ اگرچہ اِن اصابتوں میں کرّیاں ہمیشہ لونی ہو جاتی ہیں مگر جلد
صرف چند ہی مثالوں میں ماؤف ہوتی ہے۔ چہرہ کوئلہ جیسے سیاہ یا سیاہ بھورے
رنگ کا ہو جاتا ہے، جو مرض ایڈیسن کے رنگ سے زیادہ سیاہ ہوتا ہے۔
ممکن ہے کہ ہاتھوں میں نیلگوں سیاہ رقبے نظر آئیں، اور لبوں کی مخاطی جھلی پر بھی
چلتیاں دیکھی گئی ہیں۔ قرنیہ کے ہر جانب صلبیہ میں بھی ایک سیاہ چکتی، قرنیہ اور ماٴق
کے درمیان بیچوں بیچ دیکھنے میں آتی ہے۔ کرّیوں کا تغیر سریریاتی طور پر کانوں
میں دیکھا جاتا ہے، جنکا نیلگوں رمادی رنگ اِس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیاہ کرّی
پتلی جلد کے اندر سے نظر آتی ہے۔ لیکن بعد الممات امتحان میں ضلعی کرّیاں اور
بین فقراتی، قصبی ترقوی، حنجری، اور قصبی کرّیاں سنگِ موسیٰ یا سیاہی جیسے کالے
رنگ کی پائی گئی ہیں۔
بعض اوتار ڈھیلے بھورے رنگ کے ہو جاتے ہیں، اور صمامات قلب

اور احبال وتری، چکتیوں کی صورت پر بدرنگ پائے گئے ہیں۔ لون کا جماؤ کوریم کے قالب میں اور جلد کے اَدمہ کی لیفی بافت میں ہوتا ہے۔

بعض اصابتیں الکپٹن بولیت (alkaptonuria) (ملاحظہ ہو صفحہ 510) کے ساتھ مؤتلف پائی گئی ہیں، اور چند اصابتیں کاربول بولیت کے ساتھ جو سالہا سال تک مزمن قروح پر کاربولک ایسڈ متواتر لگانے کے بعد پیدا ہوگئی ہیں۔

امہاق (albinism) یہ رنگ کی ایک پیدائشی قلت ہے، جو نہ صرف جلد میں بلکہ بالوں، قزحیہ اور مشیمیہ میں بھی پائی جاتی ہے۔ یہ سپید بالوں اور گلابی آنکھوں کی وجہ سے فوراً پہچان لیا جاتا ہے۔ اور عموماً اسمیں روشنی کا عدم تحمل (نورترسی) ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ قعر چشم میں لون کی کمی کے باعث رقص مقلہ بھی ہو۔ یہ شاحب چہرے والی قوموں نیز سیاہ فام قوموں میں اور مختلف جانوروں (بلیوں، چوہیوں، اور دوسروں) میں پایا جاتا ہے۔

برص

(vitiligo)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۱، ۶ ج)

بیاض الجلد (leucodermia)

یہ جلد کا عارضہ ہے، جسکے ممیز خصائص یہ ہیں کہ بعض رقبوں میں لون نابودگی ہو جاتی ہے اور انکے بالکل آس پاس کے منطقوں میں لونیت کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ یہ ایک اکتسابی عارضہ ہے، جسے پیدائشی ابیض سیاہ جلدی (congenital leuco-melanodermia) سے تمیز کرنا چاہئے، جو وحمہ آسا مبدأ کا ہوتا ہے۔ لون ربودہ رقبے دودھیا سپید رنگ کے بیضوی یا بیقاعدہ شکل کے اور مختلف الجسامت ہوتے ہیں۔ انکے حاشیے متصلہ بیش لونی رقبوں سے واضح طور پر ممتاز ہوتے ہیں، کیونکہ بیش لونی رقبوں کا رنگ ان سپید چکتیوں کی کوروں پر عموماً زیادہ گہرا ہوتا ہے، اگرچہ محیطاً بتدریج مرجھا کر طبعی جلد میں مل جاتا ہے۔ سپید چکتیوں پر کے بال بھی لون ربودہ یا طبعی رنگ کے ہو سکتے ہیں۔ لونی تغیرات سے قبل



الف۔ وان ریک لنگہاسن (von Rechlinghausen) کے مرض کے متعدد عصبی لیفی سلعات۔



ب۔ وان ریک لنگہاسن کا مرض۔ یہ عکسی تصویر ایک عصبی لیفی سلعہ، ملون وحمہ آسا چکتیاں اور منتشر لونیت ظاہر کرتی ہے۔



ج۔ بازو اور کہنی کی عکسی تصویر جو برص ظاہر کرتی ہے۔

ایک عارضی احمرار واقع ہوتا ہے، جیسا کہ صلعہ رقبی (alopecia areata) اور محدود صلابت جلد (circumscribed sclerodermia) میں بھی دیکھا جاتا ہے۔

اِس کی توزیع نمایاں طور پر متشاکل ہونے کا رجحان رکھتی ہے، اور علی الاکثر ہاتھوں کی پُشت، کلائیاں، پیش بازو، چہرہ، گردن، کمر اور اعضائے تناسل ماؤف ہوتے ہیں۔ اِرتقاءِ مرض مختلف اصابتوں میں مختلف معلوم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ آغاز ناگہانی یا تدریجی ہو، اور لونی تغیّر آہستہ آہستہ پھیلتا جائے یا سالہا سال تک ایک جگہ ٹھیرا ہوا رہے۔ سورج کی روشنی سیاہ رقبوں میں زیادہ لونیت پیدا کر کے لونی تغیّر کو زیادہ نمایاں کر دیتی ہے، اور اِسطرح تضاد زیادہ نظر آتا ہے۔ جزئی شفا عام ہے، مگر جلد کا بحال ہو کر طبعی ہو جانا شاذ ہے۔ بعض اوقات لون ربودگی تقریباً عمومی ہو جاتی ہے۔

اسباب۔ برص نہایت نوعمر بچوں میں شاذ ہے، اور بالخصوص جوانی اور ادھیڑ عمر میں دیکھا جاتا ہے، اور اناث میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ زیادہ فی صدی اصابتوں میں وہ مرضِ گریو (Graves' disease)، صلعہ رقبی (alopecia areata)، صلابتِ جلد (scleroderma) یا محدود المقام حکاک (circumscribed prurigo) کے ساتھ موتلف ہوتا ہے، نیز عصبی نظام کے عضوی امراض مثلاً ہزال ظہری (tabes)، آتشکی سحائی نخاعی التہاب (syphilitic meningo-myelitis)، نخاع کے تحت الحاد مشترک انحطاط (subacute combined degeneration)، تدریجی بوسیدگی سے نخاع یا عصبی جڑوں کی ثانوی ماؤفیت، فقراتی مفاصل کے عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis)، اور شوکۂ مشقوق (spina bifida) کے ساتھ۔ خاندانی حدوث غیر عام نہیں، مثلاً صلعہ رقبی میں۔ اِس میں 999
کوئی شک نہیں معلوم ہوتا کہ اِن دونوں حالتوں اور صلابت جلد کا انحصار مشارکی عصبی نظام کی ماؤفیت پر ہوتا ہے۔ اِس رائے سے، جسکی تائید تجربی شہادت سے ہوتی ہے، مرضِ گریو کے ساتھ اِنکے کثیر الوقوع ائتلاف کی توجیہ ہوتی ہے، نیز اِس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ صدمہ اور فکر و پریشانی کا اثر عاملاتِ محرکہ (provoking factors) کے طور پر کیوں ہوتا ہے۔ مشارکی عصب

عضوی مرکزی عصبی مرض سے مأوف ہو سکتا ہے، یا زیادہ عام طور پر حاد یا مزمن سرایت سے۔ دورانِ جنگ میں راقم الحروف (28) نے کئی ایک اصابتیں دیکھیں جن میں برص کی تحریک بظاہر تقمل البدن سے ہوئی تھی۔ اور بیاض الجلدی چکیتیاں پہلے پہل تقمل کے انتخابی مقامات پر نمودار ہونے کا رجحان رکھتی تھیں، یعنی شانوں، عجزی خطہ اور رانوں پر۔ آیا جوؤں کا قشب یا طویل المدت حیطی خراش اِن کا سبب تھی یہ غیر یقینی ہے۔ برص بالعموم ایسے اشخاص میں دیکھا جاتا ہے جن میں مختلف جسامت کے کئی ایک تلوّن خال ہوتے ہیں۔ اکثر ان خالوں کے گرد لون ربودگی کا ایک ہالہ ہوتا ہے (بیاض الجلد اکتسابی مرکز گریز (leucoderma acquisatum centrifugum = (62)۔

تشریح نسیجاتی امتحان سے سپید چکیتیوں میں لون کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے، مگر گرد و پیش کے سیاہ رقبوں کی تہِ جلد اور اَدمہ میں لون کی زیادتی پائی جاتی ہے۔

علاج۔ اِسکا انحصار لازماً ہر انفرادی اصابت کی مکمل تفتیش پر ہونا چاہیے۔ عضوی عصبی مرض، آتشک، اور مزمن ماسکی سرایت کا ثبوت تلاش کرنا چاہیے۔ بتلایا گیا ہے کہ مأوف جلد کو عرصہ دراز تک سورج کی روشنی یا کاربن کے قوس کی روشنی (carbon arc light) کی شعاعوں میں بار بار کھلا رکھنے سے سپید رقبوں کا لون بتدریج بحال ہو جائیگا، بالخصوص اُسوقت جبکہ بعض جوہری روغن مثلاً روغنِ برگاماٹ (bergamot) جو جلد کو حساس بنا دیتے ہیں، پہلے سے لگا دئے جائیں۔

داء الشوکی مسوّد (acanthosis nigricans)۔ یہ شاذ حالت اس حقیقت کی وجہ سے اہمیت رکھتی ہے کہ اصابتوں کی اکثریت (تقریباً $\frac{2}{3}$ میں) میں یہ شکمی سرطان کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اِسکا ممیز خاصہ یہ ہے: (۱) منتشر حلیمی سلعیت، خاص طور پر جلد کے قدرتی شکنوں کی۔ (۲) منتشر ثولولی اضرار کا وقوع، جو جدا جدا یا ملتقی ہو سکتے ہیں۔ (۳) بڑھی ہوئی لونیت جو شکنوں اور تفریجات میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ وہ مقامات

جو خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں بغلیں، گردن، جنگا سے اور بین سرینی درز، ناف، پیش مرفقی حفرہ اور مابضی فضائیں، بھٹنیوں کے ہالیزے، زیرپستانی اور خشلی شکلن، چہرہ، اور ہاتھوں اور پاؤں کی پشت ہیں۔ منتشر ثولولی اضرار ہونٹوں کے شنگرفی کناروں پر، پپوٹوں پر، بیرونی سمعی منفذوں میں، اور فرج اور حلمہ میں پائے جاتے ہیں، اور منتشر حلیمی سلعات، جو معمولی ثولولات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، جلد کی سطح پر تقریباً کسی جگہ پر بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ ہتھیلیوں اور تلووں کے حلیمات بھی بیش پرورده ہوتے ہیں، اور زبان مماثل تغیر سے ایک مخملی منظر رکھ سکتی ہے۔ جلد بحیثیت مجموعی بڑھی ہوئی لونیت کی وجہ سے سیاہ رنگ کی ہوتی ہے، لیکن یہ لونیت مفصلی تعریجات اور قدرتی شکنوں میں شدید ترین ہوتی ہے۔ ایڈیسن کے مرض (Addison's disease) کے برعکس، اغشیہ مخاطی ملون نہیں ہوتے۔ ناخنوں میں تغیر اور صلعہ (alopecia) واقع ہو سکتا ہے۔ مریض بالعموم کھجلی کی شکایت کرتے ہیں، جو شدید ہو سکتی ہے۔

مرضی تشریح نسیجیاتی طور پر حلیمی سلعیت داء الشوکی کے ساتھ، اور لون کی زیادتی دیکھی جاتی ہے، جو مقام کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ اس فتور کی دو قسمیں تسلیم کی گئی ہیں:۔ بالغ اور طفولی۔ بالغوں میں کامل طور پر نمو یافتہ شکل غالباً ہمیشہ خبیث مرض کے باعث ہوتی ہے، لیکن راقم الحروف نے وہ حالت جسے ناتمام شکل (forme fruste) کے نام سے موسوم کیا جا سکتا ہے صدمہ یا طویل مدت کی پریشانی کے بعد دیکھی ہے۔ خبیث اصابتوں میں بالعموم شکمی احشا اور باریطون کی وسیع ماؤفیت پائی جاتی ہے۔ اوّلی بالید غالباً باقی جگہوں کی بہ نسبت زیادہ اکثر معدہ میں پائی جاتی ہے، اور راقم الحروف نے تین اصابتیں دیکھی ہیں جنہیں بہ "مشکیزہ نما" قسم کی تھی۔ لیکن ممکن ہے یہ امعاء، پستان، رحم یا دوسری جگہ واقع ہو۔ ایک اصابت میں یہ حالت خبیث ریزہی سلعہ (deciduoma malignum) کا استیصال کرنے کے بعد غائب ہو گئی۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ یہ خبیث بالیدسے شکمی مشارکی اور فوق الکلوی غدد کی براہ راست ماؤفیت ہی ہے جو جلد کے عجیب و غریب

تغیّرات کا باعث ہوتی ہے، لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ سرطانی خلیات ایک سم پیدا کردیتے ہوں جو دروں افرازی مشار کی نظام پر فعل کرتا ہو۔ طفولی قسم میں 970
علامات کم نمایاں ہوتی ہیں اور ٹھیری رہنے کا رجحان رکھتی ہیں۔ وہ فوق الکلوی فساد فعل کے باعث پیدا ہوتی معلوم ہوتی ہیں، اور دیگر دروں افرازی فتورات بھی موجود ہوسکتے ہیں۔ قربی کے ائتلاف میں اصابتیں بیان کی گئی ہیں، اور یہ ائتلاف خاندانی ہوسکتا ہے۔ دوسری خاندانی اصابتوں میں مسوّد داء الشوکی، شدید ذیابیطس، نصبتی (infantilism)، سخافت (imbecility)، اور زغبی شعرانیت (hypertrichosis lanuginosa) اور تزریدی جلد القمّہ (cutis verticis gyrata) کا علامئیہ پایا گیا ہے، جو کہ دروں افرازی غدد کی متعدد غیر طبعی حالتیں ظاہر کرتا ہے۔

علاج۔ بالغ اصابتوں کے لئے بالعموم کچھ نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ خبیث مرض بالعموم بہت ترقی یافتہ اور ناقابل عملیہ ہوتا ہے۔ بعض طفولی اصابتوں میں درقیہ کے دوائی استعمال سے اصلاح دیکھی گئی ہے۔

پسینہ کے غدد کے عوارض

افراز کی بےقاعدگیاں

کم عرقیت (anidrosis)، یعنے پسینہ کی قلّت تپوں میں، ذیابطیس میں اور بعض امراضِ جلد — مثلاً غضبت (ichthyosis) اور سرخ تنخیل (pityriasis rubra) میں دیکھنے میں آتی ہے۔

کثرت عرقی (hyperidrosis)، یعنے پسینہ کی زیادتی، عام ہوسکتی ہے یا مقامی۔ عمومی تعریق جلدی عروق دمویہ کے اتساع سے، مثلاً ورزش کے بعد، یا جذباتی اسباب سے پیدا ہوجاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات اِسکے برعکس وہ منقبض عروق کے ساتھ بھی واقع ہوجاتی ہے، مثلاً ہبوط یا خوف کی

حالتوں میں ۔ عمومی تعریق، ملیریا، سلِ ریوی، تقیّح الدم، اور حاد علالتوں کے بحران کے تعلق میں بیان کیگئی ہے ۔ پسینہ کی مقامی زیادتی جذباتی اسباب سے اور کساحتہ میں واقع ہوتی ہے ۔ بعض اشخاص میں ہاتھ پاؤں، بغلوں، اور اعضا تناسل کے قرب و جوار میں پسینہ کی ایک نہایت تکلیف دہ زیادتی پائی جاتی ہے، جسکا کوئی معقول سبب نہیں معلوم ہوتا ۔ ایسے بعض مریضوں میں عام صحت کی کمی پائی جاتی ہے، مگر بعض اشخاص بالکل اچھے ہوتے ہیں ۔

مقامی طور پر مُروِخ لفاح لگانا چاہیئے، یا داخلی طور پر ایٹروپین (atropine) یا لفاح کام میں لانا چاہیئے ۔ بعض اوقات لائکرایٹروپین (liquor atropine) کے ایک قطرے کی مقدار سے سلِ ریوی کا پسینہ متواتر دو تین راتیں تو تک موقوف ہوجائیگا ۔ بغلوں اور ہتھیلیوں کی مفرط مقامی تعریق کا کامیاب علاج رانجنی شعاعوں سے کیا گیا ہے ۔ اسکا علاج اُن طریقوں سے بھی کیا جاسکتا ہے جو اسکے بعد بیان کی ہوئی شکایت کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں ۔

بخبیر تعریق (bromidrosis) ۔ یہ اکثر کثرت عرق کے ساتھ موتلف ہوتی ہے، یعنے پسینہ بدبودار بھی ہوتا ہے اور زیادہ بھی ۔ بینینز (Benians) کے تجربات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ یہ بو، جو کہ ذبولی التہاب الانف کی بُو سے بہت مُشابہ رکھتی ہے، قلوی پسینہ میں نبقاتِ عفنیہ سے کرائین (keratin) کی تحلیل کے باعث ہوتی ہے ۔ اسی طرح کی بُو فی الزجاج ایک قلوی واسطہ میں سینگ کی چھیلنوں کیساتھ نبقاتِ عفنیہ کی حضانت کرکے پیدا کیجاسکتی ہے ۔ یہ خانگی علازم بیشتہ نوجوان مردوں اور عورتوں میں غیر عام نہیں، اور عام صحت سے اِسکا کوئی تعلق نہیں ہوتا ۔ تھن (Thin) نے اِسکا تعلق ایک جرثومہ (جرثومۂ بدبودار = bacterium fœtidum) کے ساتھ بیان کیا ہے ۔ پاؤں کو اچھی طرح اور بار بار دھونا اور حابسات اور دافعاتِ عفونت استعمال کرنا ضروری ہے ۔ موزوں کے اندر باریک پسا ہوا بورک ایسڈ چھڑکنا چاہیئے، اور اُنھیں بار بار بدلتے رہنا چاہیئے، یا ایک آمیزہ چھڑکنا چاہیئے جسمیں سیلی سلک ایسڈ کے ۳ حصّے، سفوف نشاستہ کے ۱۰ حصّے اور ٹالک (talc) کے ۸۷ حصّے شامل ہوں ۔ یا پاؤں پر کرومک ایسڈ (chromic acid)

کا ۵ فیصدی محلول پھریری سے لگایا جائے، یا ۲ فیصدی طاقت کا سیلی سلک مرہم، یا ۵ فیصدی طاقت کا اکتھیال کا مرہم (ichthyol ointment) مسل لیا جائے۔ صبح کے وقت موزے پہننے سے پہلے تلووں پر اور انگلیوں پر گلیسرین یا محلول گلوکوس پھیلا لینے کی سفارش بھی کی گئی ہے، اور جبتک ضرورت ہو اِس عمل کو ہر صبح بار بار کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ تین دن میں شفا ہو جائے (Benians)۔ اِس طریقہ کا عمل یہ ہے کہ نبقات عنبیہ گلیسرین یا گلوکوس میں اُگنے پر ترشے پیدا کرتے ہیں، اور ترشئی واسطہ جو اِسطرح پیدا ہوتا ہے کراٹین کی تحلیل میں مانع ہوتا ہے۔

لون عرقی (chromidrosis) (رنگ دار پسینہ)۔ درج شدہ اصابتوں میں بہت سی تو مشتبہ ہیں، اور بدرنگی کا بعض اوقات بہانہ کیا جاتا ہے، اور بعض اوقات وہ پسینہ کے ذریعہ کپڑے سے رنگ گھل کر نکل آنے کے باعث ہوتی ہے۔ تاہم بعض ایسی اصابتوں کا اندراج کیا گیا ہے جو بظاہر مستند ہیں۔ نیلے رنگ کو پایوسایانین (pyocyanine) کی طرف منسوب کیا گیا ہے، جو عصیہ ریم ازرق کی فعال بالیدگی سے ماخوذ ہوتی ہے، یا انڈیکین (indican) کی طرف۔ سرخ رنگ، جو خاص طور پر بغلوں میں دیکھا جاتا ہے، کم از کم بالعموم سخیف شعریہ (جو ملاحظہ ہو) کے باعث ہوتا ہے۔

خون عرقی (hæmatidrosis)، یا پسینہ میں خون آنا، اس کا 971
وقوع نہایت ہی مشکوک ہے۔

یوریا عرقی (uridrosis)۔ یہ نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جن میں پسینہ سطح پر منجمد ہو جاتا ہے، اور اِن منجمد قلموں میں یوریا اور ملحات پائے جاتے ہیں۔

دخنیہ

(miliaria)

یہ نام اُن طفحات کو دیا گیا ہے، جو پسینہ کے ایسے وافر افراز سے پیدا ہو جاتے ہیں جو قناتوں سے باہر نہیں نکل سکتا، اور یا تو ہر جلد میں چھوٹے چھوٹے

آبلے بنا دیتا ہے یا مقامی التہاب پیدا کر دیتا ہے۔

قلمی دخنیہ یا عرق دانہ (miliaria crystallina or sudamina)۔ اس قسم میں چھوٹے چھوٹے شفاف آبلے پائے جاتے ہیں۔ یہ الپین کے سر سے بڑے نہیں ہوتے، اور جمع شدہ پسینہ سے بر جلد کی نہایت اوپری تہ کے ارتفاع کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ سینہ اور شکم پر نہایت کثرت سے پائے جاتے ہیں، لیکن چونکہ انکی شفافیت نہایت کامل ہوتی ہے لہذا ممکن ہے کہ یہ دیکھنے کی نسبت ٹٹولنے سے بہتر محسوس کئے جاسکیں۔ یہ آبلے خشک ہو جاتے ہیں اور چند بھوسی نما چھلکے رہجاتے ہیں، جو اُتری ہوئی بر جلد کے باقیات ہیں۔ یہ سلِ ریوی میں اور تپ معویہ میں سب سے زیادہ عام ہیں۔

سُرخ دخنیہ (miliaria rubra) (جو ملاحظہ ہو)۔ یہ آبلے بھی اُسیطرح پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن انکے ساتھ التہاب ہوتا ہے۔ یہ ایک سرخ ہالہ سے محصور ہوتے ہیں، اور اِنکے اندر ایک زرد، مکدر قلوی سیال یا اصلی ریم بھری ہوئی ہوتی ہے۔

دہنی غُدد کے عوارض

(affections of the sebaceous glands)

دخنیہ (milium)۔ یہ ایک چھوٹا چمکدار، سپید، گول سلعہ ہے جسکی جسامت ایک الپین کے سر کے برابر یا کسیقدر بڑی ہوتی ہے، اور جو عرقی قناتوں یا شعری دہنی جرابوں کے اتساع سے پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسے چھوٹے چھوٹے سلعات پیشانی، پپوٹوں، گالوں، اور اعضاء تناسل پر دیکھے جاتے ہیں۔ بچوں میں ایسے سلعات کو پہلے سپیدی مائل حمریہ (strophulus albidus) کہتے تھے۔ بعض اوقات یہ ننھے ندبات، بالخصوص برادمی ارخاء حبابی کے ندبات پر تعداد کثیر میں پائے جاتے ہیں۔ اِنکا مافیہ

کولیسٹرین (cholestrin) اور شحمی مادہ ہوتا ہے۔ جب وہ ندبات میں واقع ہوتے ہیں تو وہ احتباسی دویروں کی نوعیت رکھتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں وہ دویری وجسے ہوتے ہیں۔ انکا علاج اسطرح کیا جاسکتا ہے کہ جلد میں کچھ کالگا کر مافیہ کو دباکر نکالدیا جائے۔

دُہنی غدی سلعہ (adenoma sebaceum)۔ یہ حقیقت میں ایک مخلوط سلعہ ہے، جو جزءً دہنی غدد کی بیش بالیدگی اور جزءً عروقی نوبالیدگی (عروقی سلعہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ سلعات چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں، اور شاذ ہی ایک مٹر کے دانے سے زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ یہ خاصکر ناک، اور خصوصاً اجنحہ، گالوں کے ہم پہلو حصّوں، پیشانی کے مرکز اور بالائی لب پر، اور نسبتہً شاذ حالتوں میں علٰحدہ علٰحدہ اضرار کے طور پر جلد الراس اور گردن پر ہوا کرتے ہیں۔ بالعموم انکی توزیع متشاکل ہوتی ہے۔ دہنی یا عروقی بیش بالیدگی کے غلبہ کے لحاظ سے انکا رنگ بھورے سے لیکر ہلکے سُرخ تک ہوتا ہے۔ بعض اوقات دہنی غدی سلعات کے ساتھ جسم کے دوسرے حصّوں پر کوئی ثولولات، صغیر عروقی اتساعات اور لون کی چکتیاں ہوتی ہیں، اور یہ بیشتر (ہمیشہ نہیں) ناقص ذہنی نمو والوں میں، مصروعین میں اور ابلہ اشخاص میں پیدا ہوتے ہیں۔ گو یہ پیدائشی مبداء کے ہوتے ہیں، تاہم یہ سلعات عموماً پیدائش کے بعد چند سال تک نمودار نہیں ہوتے۔

علاج۔ یہ سلعات مکوات یا برق پاشیدگی کے ذریعہ دور کئے جاسکتے ہیں، اور نسبتہً بڑے سلعات کو ضرورت ہو، تو قطع کر کے یا جرف کے ذریعہ نکالا جاسکتا ہے۔

دُہنی دُویرے

(sebaceous cysts)

(گومڑیاں =wens)

یہ احتباسی دویرے ہیں جو دُہنی جرابوں کی قناتوں کی مسدودی سے

پیدا ہو جاتے ہیں - یہ جلد الراس پر سب سے زیادہ عام ہوتے ہیں، لیکن بھوؤں، چہرے، یا گردن پر اور نسبتہً شاذ صورتوں میں دھڑ یا جوارح پر بھی ہوتے ہیں - اِنکی جسامت ایک مٹر سے لیکر سپاری یا نارنگی کے برابر مختلف ہو سکتی ہے - یہ نیم کروی، یا زیادہ گول، ہموار اور چکنے ہوتے ہیں - جلد تیلی نظر آتی ہے، اور اکثر اُسپر نمایاں عروق متفرع ہوتے ہیں - اِنکا مافیہ نیم سیّال یا لئی جیسا ہوتا ہے اور حیوانی شحوم، البیومین، بر جلدی خلیات، کولیسٹرین، اور ترابی ملحات (earthy salts) پر مشتمل ہوتا ہے، اور یہ سب ایک کیسہ میں ملفوف ہوتے ہیں، جو سر علمی خلیوں اور لیفی بافت کی تہوں سے بنتا ہے۔

972 علاج یہ ہے کہ دُوبرے میں شگاف دیکر اُسکے مافیہ کو دبا کر نکال دیا جائے، اور دُوبرے کی دیوار کو پھاڑ کر یا تقطیع کے ذریعہ بالکل نکال دیا جائے - یا اندرون دوبرہ میں خالص کاربولک ایسڈ سے پھارا لگا دیا جائے -

بالوں اور شعری جرابوں کے عوارض

بالوں کی مفرط نمو یا بی (شعرانیت = hirsuties، کثرتِ شعر (hypertrichosis) عام ہے، اور بعض عورتوں میں بہت تکلیف کا باعث ہوتی ہے - ممکن ہے یہ پیدائشی یا خاندانی خاصہ ہو، لیکن عورتوں میں یہ فوق الکلوی قشرہ کے غدی سلعہ یا تخامیہ کے اساس پسند غدی سلعہ کا نتیجہ ہو سکتی ہے، یا اس ذکورت کی علامت ہو سکتی ہے جو بر کلوی سلعہ (hypernephroma) سے پیدا ہو - آخرالذکر حالت میں سلعہ کا کامیاب استیصال شفا بخش ثابت ہوتا ہے - شعرانیت کے اسباب اور علاج کی پوری بحث کے لئے خاص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں - بالوں کی قلت یا بالوں کا گرنا، جسے صلعہ (alopecia) کہتے ہیں، نہایت عام ہے - مندرجہ ذیل تین حالتیں نہایت شاذ ہیں: کرہیی تقصف الشعر (trichorrhexis nodosa)، جسمیں بعض بال قشری ریشوں کے پھٹ جانے کی وجہ سے چھوٹی چھوٹی گرہیں یا دبازتیں ظاہر کرتے ہیں - بالعموم یہ قلوبی اصابتوں

اور سپیرٹ کے دلوکات کے شحم ربافعل کے باعث پیدا ہوتا ہے۔ سبحت الشعر (monilethrix)، جسمیں بال منکے دار ہوتا ہے اور بین الکرائب کے مقام پر بآسانی ٹوٹ جاتا ہے، جسکی وجہ سے وہ سارے سر پر صرف ۲ یا ۳ انچ لمبا ہوتا ہے۔ اور شعر فلسیت (lepothrix)، جسمیں ابقل، صفن اور عجان کے بال خستہ ہوتے ہیں، اور اپنے گرد اور اپنے اوپر بے قاعدہ نودے پیش کرتے ہیں۔ یہ نودے جراثیم کے جھنڈوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک ہم قوام لزج جرم کے اندر پھنسے ہوئے ہوتے ہیں۔

بالوں میں سب سے زیادہ عام تغیر لون وہ ہے، جسے بیاض الشعر (canities) کہتے ہیں: یعنے بال پہلے بھورے رمادی اور پھر سفید ہو جاتے ہیں۔ یہ ایک شیوخی تغیر ہے، جو ممکن ہے کہ قبل از وقت واقع ہو جائے۔ لیکن کبھی کبھی خوف یا شدید جذبات کے بعد، یا وجع العصب کی وجہ سے بال یکایک سپید ہو جاتے ہیں۔ مقامی یا کم و بیش عمومی بیاض الشعر، برص کا جزو ہو سکتا ہے یا رقبی صلعہ کے بعد پیدا ہو سکتا ہے۔ بالوں کی رنگ ربودگی کو شعری ڈنڈی میں ہوائی بلبلوں کی موجودگی کی طرف منسوب کیا گیا ہے، لیکن غالباً یہ شعری جڑوں میں اس خمیر کی عدم موجودگی کے باعث ہوتی ہے جو کہ لون کو پیدا کرتا ہے۔ بعض اوقات رنگ خود بخود پھر پیدا ہو جاتا ہے، لیکن اس کا تدارک کچھ نہیں کیا جا سکتا۔

مندرجۂ بالا عوارض میں سے صلعہ کو زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا جائے گا۔

صلعہ

(alopecia)

جلدیات میں صلعہ کے لفظ کا استعمال بلا امتیاز، بالوں کے گرنے (معر = defluvium) پر خواہ وہ کسی سبب سے ہو، معر رقبوں پر جو اسکا نتیجہ ہوں، اور حتیٰ کہ بالوں کی پیدائشی عدم موجودگی پر کیا جاتا ہے۔ الوپیشیا

یونانی لفظ ἀλώπηξ یعنی لومڑی سے ماخوذ ہے، غالباً اسلئے کہ اسی جانور میں بالوں کی موسمی تبدیلی کے دوران میں بال چکتیوں کی صورت میں جھڑ جاتے ہیں -

مندرجۂ ذیل جماعت بندی اسباب کی بنا پر ترتیب دیگئی ہے -

(ا) پیدائشی - صلعہ ہمہ گیر (alopecia universalis)

(ب) اکتسابی (رقبی صلعہ کی عمومی قسم) -

خطّی اور مُنتشر صلعہ

I - پیدائشی قسمیں

II - اکتسابی قسمیں

(۱) ضربی (traumatic)، مثلاً رگڑ سے، یا بال نوچنے سے (منتّف الشعر مانیا = trichotillomania)-

(۲) صلعہ علاماتی (alopecia symptomatica)-

(ا) حادسرایتوں کے بعد، مثلاً سرخبادہ، تپ محرقہ، ذات الریہ، انفلوئنزا، التہاب لوزتین، ثورانی تپیں وغیرہ - اور آتشک کے ثانوی درجہ میں -

(ب) جرّاحی عملیوں، زچگی، شدید حادثات، صدمۂ اور تشویش کے بعد -

973 (ج) مزمن امراض کے ائتلاف میں، مثلاً عدم دمویت، ذیابیطس، سرطان، ابیض دمویت، متفطّر فطریات (mycosis fungoides)، تدرّن، اور دوسری مزمن سرائتیں -

درون افرازی فتورات، مثلاً مخاطی اُذیما (myxœdema)، مرض گریو (Grave's disease)، مبیضی امراض، سن ایاس، اور عورت میں مبیض برآری -

(ه) کیمیائی زہروں کے استعمال کے بعد، بالخصوص تھیلیم

اسیٹیٹ (thallium acetate) اور دھاتی نمکیات مثلاً سونے، سنکھیا اور بزمتھ کے نمکیات۔

(ر) بعض جلدی امراض کے ایتلاف میں، مثلاً عمومی تسلخی التہاب جلد (generalised exfoliative dermatitis)، اکزیما اور وسیع پھیلا ہوا قوباء۔

(س) شیوخی صلعہ (senile alopecia)۔

(ص) لاشعاعوں کے اطلاق کے بعد۔

(۳) جرد (calvities) یا خودرو قبل از وقت صلعہ (alopecia prematura ideopathica) (صلعہ کی مذکر یا سیلان الدہنی قسم)۔

(۴) منتشر رقبی صلعہ (diffuse alopecia areata)۔

محدود المقام صلعہ

(circumscribed alopecia)

I ۔ غیر ندبی (non-cicatricial)

(۱) رقبی صلعہ (alopecia areata)۔

(۲) مقامی ضربی صلعہ (localised traumatic alopecia)۔

(۳) وہ صلعہ جو جراثیم زا سرایت کے بعد ہو جائے (حصبہ، دق، راج پھوڑا)۔

(۴) قوباء (غیر تقیحی)۔

II ۔ ندبی (cicatricial)۔

(۱) تضرّرات، حرقات وغیرہ سے

(۲) شہدیہ (favus) اور متقیح قوباء (چھتہ دار داد = kerion)۔

(۳) ذئبہ احمراری (lupus erythematosus)۔

(۴) ذئبہ معمولی (lupus vulgaris)۔

(۵) ثالثی آتشک۔

(۶) غلۂ نطاقی (herpes zoster)۔

(۷) صلابت جلد (scleroderma)۔

(۸) صلعہ اندمالی (alopecia cicatrisata) (بروق کی قرعت کاذب = pseudo-pelade of Brocq)۔

(۹) متلف الشعر التہاب جرابی (folliculitis decalvans)۔ (کوینکوڈ کی متلف الشعر تفطیر L'acne decalvante of Quinquaud)۔

(۱۰) وہ صلعہ جو حزازہ مسطح اور حزازہ شوکی کے ابتلاف میں ہو۔

(۱۱) شعری ذیولی قرنیت (keratosis pilaris atrophicans)۔

ضربی صلعہ (traumatic alopecia) ۔ صلعہ رقبی، جو ضربیت (traumatism) سے واقع ہو، بعدازاں بیان کیا جائیگا۔

منتف الشعر مانیا (trichotillomania)۔ اس سے جلد الراس بھوؤں، داڑھی یا دوسری جگہ کے بالوں کو نوچنے کا مرضی شوق مراد ہے۔ بالوں کو سالم نوچ لیا جاتا ہے، جبکہ گنجے رقبے باقی رہ جاتے ہیں، یا بال اپنی ڈنڈیوں کے ساتھ ساتھ مختلف فاصلوں پر ٹوٹ جاتے ہیں۔ یہ ایک عصبانیت ہے، اور بچوں اور دونوں صنفوں کے بالغوں میں پائی جاتی ہے۔ ہسٹریائی عورتوں میں یہ دوسری جگہ کے مصنوعی التہاب جلد (dermatitis artefacta) کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ معرّا یا جزوی طور پر معرّا رقبوں پر صلعہ رقبی یا قوبا کا دھوکا ہوسکتا ہے، لیکن تفریقی تشخیص آسان ہوتی ہے۔ ایسی مثالیں بھی ملتی ہیں جنمیں بالوں کو نوچنے کی بجائے انکو قینچی سے کتر لیا جاتا ہے۔ لازماً، اس عصبانیت سے شفا حاصل کرنے کے لئے نفسی تجزیہ اور نفسیاتی معالجہ کی ضرورت ہے۔

علاماتی صلعہ (alopecia symptomatica) ۔ بالوں کا

ناگہانی اور منتشر معر اکثر اوقات ایک حاد حموی علالت کے باعث ہوتا ہے۔ بالخصوص سرخباده کے بعد خواہ اُسکے ساتھ جلد الراس ماؤف ہو یا نہ ہو۔ نہایت ہی شدید معر ہونے کا امکان ہے، جو بعض اوقات تقریباً مکمل، اگرچہ عارضی صلعہ کا موجب ہوتا ہے۔ انفلوئنزا کی بعض وباؤں میں، ایسا معر ایک نمایاں نتیجہ ہوتا ہے (انفلوئنزائی صلعہ = l'alopecie grippale)، اور ۱۹۱۸- 1919 کی وبا میں اصابتوں کی بہت سی تعداد کا مطالعہ کیا گیا ہے۔

حاد سرایتوں کے علاوہ، زچگی، شدید حادثات، اور کبیر عملیات کے بعد بھی اسی طرح کا صلعہ واقع ہو جاتا ہے۔ مسبّب واقعہ اور صلعہ کے آغاز کے درمیان تقریباً ۲ - ۲½ ماہ (۵۶ - ۸۰ دن) کا وقفہ ہوتا ہے۔ سیبورآڈ (Sabouraud) اس پر زور دیتا ہے کہ بعد سرایتی صلعہ میں تپش کئی روز تک ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ یا بلند تر درجہ تک گئی ہوگی، لیکن وہ یہ نہیں سمجھتا کہ تپ بجائے خود ماؤف بالوں کی موت کا براہ راست سبب ہے۔ 974 اغلب یہ ہے کہ کافی شدت کی کوئی سرایت، مثلاً زچگی، صدمہ، شدید حادثا یا جراحی عملیات، بالوں کی مشارکی عصبی رسد کو متاثر کرتی ہے، اور بالوں کا گرنا اسی پر منحصر ہوتا ہے۔

سرخبادہ میں، اگر جلد الراس براہ راست ماؤف ہو، تو ماؤف رقبہ کے بال تقریباً چودہ دن میں جھڑ جائینگے، لیکن دوسری جگہ بالوں کا گرنا ظاہر ہونے سے قبل تقریباً ۷۰ دن کا معمولی وقفہ گزر جاتا ہے۔

علاماتی صلعہ کی اس قسم میں انذار یکساں طور پر عمدہ ہوتا ہے، اور بالعموم بالوں کی مکمل باز بالیدگی واقع ہو جاتی ہے۔

آتشک (syphilis)۔ آتشکی صلعہ کو اُس صلعہ کی ایک قسم تصور کیا جا سکتا ہے جو کہ حاد سرایتوں سے پیدا ہوتا ہے، لیکن اسمیں بعض خصوصیات ایسی پائی جاتی ہیں جو کہ دالہ مرض ہیں۔ بالعموم یہ مرض کے تیسرے مہینے میں واقع ہوتا ہے، یعنی بلحاظ وقت کے یہ وردیہ (roseola) کے ظہور سے تناظر ہوتا ہے۔ اسکا آغاز چوتھے مہینے تک، بلکہ کہا جاتا ہے کہ چھٹے مہینے تک

تاخیر پذیر ہو سکتا ہے ۔ بالوں کا گرنا ناگہانی اور پہلے پہل منتشر ہوتا ہے، لیکن چھوٹے چھوٹے رقبہ جات جو مکمل طور پر معرا ہوتے ہیں جلد پیدا ہو جاتے ہیں، بالخصوص کنپٹیوں اور قذالی خطوں پر، جس سے جلد الراس ایک کرم خوردہ منظر پیش کرتی ہے ۔ یہ فرانسیسیوں کا لیکھہ نما صلعہ (alopecie en clairieres) ہے، اور آتشک کے لئے ممیز ہے ۔ اغلب ہے کہ یہ معرا رقبے سابق الوجود وردیتی لطخات کے مقام کے متناظر ہوں ۔

صلعہ کی شدت اختلاف پذیر ہوتی ہے ۔ شاذ طور پر یہ اسقدر شدید ہوتا ہے کہ بادی النظر میں ایک سرعت سے پھیلنے والے صلعہ رقبی کے ساتھ مشابہت پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اس حالت میں معتدبہ جسامت کی پرانی چکتیاں ہمیشہ موجود ہوتی ہیں، جو صاف طور پر واضح اور مکمل طور پر گنجی ہوتی ہیں، جیسی کہ آتشکی صلعہ میں کبھی واقع نہیں ہوتیں ۔

بالوں کا گرنا تین ہفتہ تک جاری رہتا ہے، اور پھر کم ہو جاتا ہے ۔ خواہ مریض کا علاج نہ بھی کیا جائے، بالوں کی خود بخود باز بالیدگی ہمیشہ واقع ہوتی ہے ۔ جلد الراس کے صلعہ کے ہمراہ بالعموم اسی طرح کا اور ممیز معر بھوؤں سے بھی دیکھا جاتا ہے ۔ جیسا کہ سیبوراڈ (Sabouraud) نے کہا ہے، منظر ایسا ہوتا ہے گویا قینچی کے ذریعہ بالوں کو بے قاعدہ طور پر کتر دیا گیا ہو ۔ یہ اس منظر سے بالکل الگ ہوتا ہے جو کہ بعد سرایتی صلعہ یا رقبی صلعہ میں دیکھا جاتا ہے ۔

جرد (calvities) (سیلان الدھنی یا قبل از وقت صلعہ

(alopecia seborrhœica vel prematura = ۔ صلعہ کی یہ قسم مردوں کی اکثریت کو جلد یا بدیر ماؤف کرتی ہے، اور اس سے کم درجہ تک اور کم عام طور پر عورتوں میں واقع ہوتی ہے ۔ اسکے اسباب کے متعلق ابھی تک بہت سا خلط مبحث باقی ہے، اور پہلے ہم بنظر سہولت انہی پر غور کرینگے ۔

بحث اسباب ۔ جرد کو ایک ثانوی صنفی خصوصیت سمجھنا چاہیے ۔ یہ کہہ سکتے ہیں کہ سب سے ذکوری قسم کے مرد میں صنفی پختگی کے موقعہ پر جلد الراس

کے قمہ پر بال گرنے کا رجحان ہوتا ہے، اور چہرہ اور جسم کے دوسرے حصوں اور جوارح کے بال شد و مد کے ساتھ بڑھتے ہیں۔ اس ضمن میں یہ امر باعث دلچسپی ہے کہ قدماء کثیر الشہوت مردوں (satyrs) کو سر سے گنجے اور جسم پر نہایت ہی بالدار بتاتے تھے۔ اسکے برعکس عورت کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اُسکی جلد الراس پر بالوں کی نہایت ہی گھنی بالیدگی ہوتی ہے، لیکن (لازماً قطع نظر زغب کے) نہ تو چہرہ پر اور نہ جسم یا جوارح پر ہوتی ہے، اِلّا بغلوں اور عانی خطہ میں۔ ان دو انتہائی قسموں یعنی نہایت ذکوری مرد اور نہایت انوثی عورت کے درمیان بہت سے برزخی درجے پائے جاتے ہیں۔ یہ امر خوب معلوم ہے کہ زنانے قسم کے مردوں میں بالعموم سر پر گھنے بال، چہرہ پر نسبتہً خفیف بالیدگی، اور جسم پر چکنی بے بال جلد ہوتی ہے۔ اسیطرح مردانی قسم کی عورتوں میں چہرہ اور جسم پر موٹے بال نمو یاب ہونے کا، اور جلد الراس پر قلیل بالیدگی ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ مزید برآں سن ایاس پر جبکہ مبیضی افراز موقوف ہو جاتا ہے، بالعموم جلد الراس کے بال چھوٹے ہو جاتے ہیں اور مونچھوں اور داڑھی کے خطوں پر موٹے بال پیدا ہو جاتے ہیں۔

بالوں کی بالیدگی اور توزیع پر صنفی غدوں کے اس اثر کی مثال اس امر سے ملتی ہے کہ جیسا کہ سیبوراڈ کی تحقیقات سے ظاہر ہوا، خواجہ سراؤں میں جرد کبھی واقع نہیں ہوتا، اور یہ واقعہ ارسطو کو بھی معلوم تھا، نیز اسکی مثال فوق الکلوی سلعات والی عورتوں میں واقع شدہ ذکورت کی اصابتوں سے بھی ملتی ہے۔ اس قسم کی ایک اصابت ہیں، جسکو راقم الحروف نے دیکھا عدم الطمث، داڑھی اور مونچھوں کی سریع بالیدگی، اور جلد الراس کے بالوں کا گر جانا، جو معمولی مردانہ قسم کے گنج سے بالکل ملتا جلتا تھا، واقع ہو گیا سلعہ کے استیصال کے بعد طبعی حیض جاری ہو گیا، چہرے کے بال جھڑ گئے، اور جلد الراس کے بال مکمل طور پر دوبارہ اُگ آئے۔ بدقسمتی سے بالیدہ پھر عود کر آئی اور موت سے قبل ذکورت کے امارات پیدا ہو گئے۔ 975

سیلان الدھن کے ساتھ اختلاف۔ دونوں صنفوں میں قبل از وقت

گنج سیلان الدہن کے ہمراہ پایا جاتا ہے، اگرچہ اسکا عکس ضروری نہیں کہ صحیح ہو لہذا آغاز پذیر جرد والے مریضوں میں جلد الراس کو تخیلی بادوریہ سے شدت کے ساتھ سرایت زدہ اور اسی لئے بفادار (seurfy) اور شعری دہنی جرابوں کو عصبیہ تقفطیر سے ماؤف پانا عام ہے۔ لیکن ان دونوں عضویات میں سے کوئی بھی صلعہ کا سبب نہیں۔ یہ سچ ہے کہ ان اصابتوں میں جلد الراس کے زوردار مقامی علاج سے بالوں کا گرنا کچھ مدت کے لئے کم ہو جائیگا، لیکن موقوف کبھی نہ ہوگا۔ ایک مرد جسمیں جرد ۱۷ سال کی عمر میں شروع ہوا ہے تیس سال کی عمر تک ناگزیر طور پر کم و بیش "چوٹی پر گنجا" ہوگا، کیونکہ آغاز جتنا جلد ہو، گنج اتنا ہی زیادہ مکمل ہوتا ہے۔ تیس سال کی عمر کے بعد جرد کی ترقی بہت کم سریع ہوتی ہے، لہذا ایک آدمی میں جسمیں ۳۰ سال کی عمر پر ہنوز سر پر بہت سے بال ہیں، مکمل جرد نمویاب ہونے کا ہرگز کوئی امکان نہیں ہے۔

توارث۔ یہ امر کہ بہت سی اصابتوں میں سیلان الدہن اور جرد دونوں کی موروثی استعداد پائی جاتی ہے، غیر مشکوک ہے۔ اسکے برعکس، بعض خاندان تقریباً بلیغ معلوم ہوتے ہیں۔ فینتھم (Fanthum) نے ایک خاندان کا نسب نامہ شائع کیا ہے، جسمیں تمام مرادوں کو جرد تھا جو انھوں نے اپنے تمام بیٹوں میں منتقل کیا۔ کاکین (Cockayne) یہ رائے دیتا ہے کہ سیلان الدہنی مظاہر کے رجحان میں ارثی عامل ایسا ہوتا ہے کہ جو بڑے اور فعال دہنی غدد پیدا کرنے کا موجب ہوتا ہے، اور غالباً وہ ایک سادہ غالب (dominant) ہے۔

علامات اور ارتقا۔ جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے، سیلان الدہنی صلعہ میں آغاز کی عمر مختلف ہوتی ہے، اور یہ دونوں صنفوں کے متعلق سچ ہے۔ مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق ایک مرد پر ہوتا ہے، جسمیں یہ تبادر اور شدید ہوتا ہے۔ ایسی اصابت میں سادہ خشک سبوسہ (dandruff) (سادہ تنخیل) بالعموم ۱۱ سال کی عمر میں موجود ہوتا ہے۔ ۱۳ یا ۱۴ سال میں سیلان الدہن نمودار ہو جاتا ہے اور اسوجہ سے بفا چربیلی ہو جاتی ہے (شحمی تنخیل = pityriasis steatoides)، اور ممکن ہے کہ تقفطیر نمویاب ہو جائے۔ ۱۷ سال

میں جلد الراس پر کے بال گرنے شروع ہوتے ہیں، اور چہرے، جسم اور جوارح کے بال لمبے اور موٹے اُگنے کا رجحان ہوتا ہے۔ بالعموم صنفی تبادر موجود ہوتا ہے اور لڑکا اسکی عمر کا لحاظ کرتے ہوئے بڑا معلوم ہوتا ہے۔ جلد الراس پر بالوں کا گرنا قمہ تک محدود ہوتا ہے، خاص طور پر صدغی جبہی خطوں اور حلاقہ پر یہ دَوروں کی صورت میں واقع ہوتا ہے، جنکے بعد ایسے وقفے ہوتے ہیں جنمیں یہ بہت کم ہوتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ ترقی پذیر ہوتا ہے۔ کچھ مدت کے بعد یہ مشاہدہ کیا جائیگا کہ معرّا صدغی جبہی رقبے پیچھے کی طرف وسعت پذیر ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اسطرح کہ انکو ایک مرکزی منطقہ جدا کرتا ہے جہاں بال نسبتاً لمبے رہتے ہیں، اور انکے اور حلاقہ کے درمیان ایسا ہی ایک اور منطقہ جلد الراس کو عرضی طور پر عبور کرتا ہے۔

جب لمبے بال گرجاتے ہیں تو نئے روئیں دار بالوں کی بازبالید گی نمودار ہوتی ہے، لیکن یہ گرکر انکی بجائے اور بھی نازک تر اور خرد تر بال پیدا ہوجاتے ہیں، یہانتک کہ بالآخر متاثرہ رقبے مکمل طور پر گنجے ہوجاتے ہیں۔ بعد ازاں وہی عمل اِن منطقوں میں بھی واقع ہوتا ہے جو پہلے پہل کسی حد تک بچ رہے تھے، چنانچہ ایک وقت ایسا آتا ہے کہ جو پورے طور پر قائم ہوجاتا ہے، اور پیشانی سے لیکر قذالی خطہ تک پورے کا پورا قمہ معرّا ہوجاتا ہے۔

سیلان الدہنی صلعہ کی نمویابی کے دوران میں یہ دیکھا جائے گا کہ جلد الراس کی شعری دہنی جرابیں بڑی ہوجاتی ہیں، اور خالی آنکھ کو نظر آتی ہیں، اور یہ کہ وہ مغلظ دہن سے اصمام یافتہ ہوتی ہیں، جو سیلان الدہنی "کوئے" (cocoons) بناتا ہے، جنمیں ہزاروں عصیاتِ تفطیر ہوتے ہیں۔

جیسا کہ توقع کیجاسکتی ہے، گنجے رقبوں پر نصلات اکثر پیدا ہوجاتے ہیں۔ جلد الراس کے شدید سیلان الدہن والی عورتوں میں بھی بال اسی طرز پر گرجاتے ہیں، لیکن ارتقاء کا کسیقدر فرق موجود ہوتا ہے۔ بالوں کا گرنا زیادہ منتشر ہوتا ہے، اگرچہ جیسا کہ مردوں میں پایا جاتا ہے، وہ قمہ پر سب سے زیادہ عیاں ہوتا ہے۔ تاہم قذالی خطہ کبھی متاثر نہیں ہوتا۔ مزید براں بالوں کا

گرنا کیسا ہی شدید ہو، مکمل جرد کبھی واقع نہیں ہوتا، اور کچھ لمبے بال جلد الراس پر ہر جگہ پائے جاتے ہیں۔ سیبوراڈ (Sabouraud) نے بتلایا ہے کہ آخری درجوں میں، مردوں سے زیادہ عورتوں میں، ایک جرابی صلابت واقع ہو سکتی ہے، جس سے بہت سی جرابیں مطموس ہو جاتی ہیں۔

976 یہ سمجھ میں آجائیگا کہ اوپر جو کچھ کہا گیا ہے وہ جرد کے ایسے ارتقا کا بیان ہے جیسا کہ شدید اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے، اور یہ کہ فرد اور عمر کے لحاظ سے تمام درجے پائے جاسکتے ہیں۔ مثلاً بہت سے مردوں میں یہ آخری ادھیڑ عمر تک، اور عورتوں میں سن ایاس تک شروع نہیں ہوتا۔

علاج۔ یہ دونوں صنفوں میں نہایت ناتسلی بخش ہے۔ یہ موتلف سیلان الدہن کو روکنے کی کوشش پر مبنی ہے، لیکن نتائج زیادہ سے زیادہ جزئی ہوتے ہیں اور کبھی مستقل نہیں ہوتے۔ پہلے پہل ایسے مرہم جنمیں گندھک، آئیل آف کیڈ (oil of cade)، سیلی سلک ایسڈ، اور سیاہ بالوں والے اشخاص میں ریسارسن (resorcin) شامل ہو، استعمال کرنے چاہئیں، مثلاً بگیرند۔ سلفر پرسپ (sulphur præcip.) ۳۰ گرین، ایسڈائی سیلی سلسائی ۱۵ گرین، ویسلین الب (vaselini alb.) دو ڈرام، اولیم کوکائس نوسیفری (ol. cocois nuciferæ) تا بحد ایک اونس، خوشبو بقدر کفایت (ریسارسن ۱۰ گرین ملائی جاسکتی ہے)۔ یا بگیرند۔ اولیائی کیڈنائی (olei cadini) دو ڈرام، سلفر پرسپ ۳۰ گرین، ایسڈائی سیلی سلسائی ۱۵ گرین، پریفنائی ڈوری (paraffini duri) بقدر کفایت، اولیم کوکائس نوسیفری تا بحد ایک اونس، خوشبو بقدر کفایت۔ مرہم کو ہفتہ میں تین راتیں پوری جلد الراس پر خوب ملنا چاہئے، اور ہر اگلی صبح دھو ڈالنا چاہئے۔ ہر صبح ایک سیلی سلک غسول (salicylic lotion) برش کے ذریعہ اچھی طرح لگانا چاہئے:۔ بگیرند۔ ایسڈائی سیلی سلسائی ۔ ۱ گرین، اولیم لیونڈیولی (ol. lavendulæ) ۳ منم، روغن بید انجیر (ol. ricini) بقدر کفایت، ایسٹونائی (acetoni) ایک ڈرام، سپرٹ وائی نائی میتھائلڈ سٹ تا بحد ایک اونس۔ اسمیں سیاہ بالوں والے اشخاص میں ریسارسن ۱۰ گرین،

اور دوسرے اشخاص میں یورسال پرو کیپلس (euresol pro capillis) ملا جائے۔ ایک مہینے کے علاج کے بعد مرہم کا استعمال موقوف کر دیا جاتا ہے، اور ایک غسول جسمیں پرکلورائیڈ آف مرکری ہو، روزانہ استعمال کیا جاتا ہے۔ مثلاً ہائیڈرارج پرکلور (hyderarg. perchlor.) ۱/۲ گرین، ایسڈ ائی سیلی سلسائی ۱۰ گرین، ایسارسن (یا یورسال) ۱۰ گرین، اولیم لیونڈ ۳ منم، روغن بید انجیر بقدر کفایت، اسپرٹ وائنائی جینغہ انڈسٹ تا بحد ایک اونس۔

جلدالراس پر ماورا بنفشئی روشنی کے اطلاقات کا بھی معتد بہ رواج ہے اور ممکن ہے وہ نئی شعری بالیدگی کی تہییج کرنے میں ایک عارضی اثر رکھیں، لیکن رقبی صلعہ میں انکا نفع یقیناً زیادہ ہے۔ راقم الحروف کی رائے میں کوئی علاج بھی، خواہ وہ کتنا ہی جانفشانی کے ساتھ کیوں نہ انجام دیا جائے، جرد کی سست ترقی کو نہیں روک سکتا، خاص طور پر اگر وہ ابتدائی زندگی میں شروع ہو۔

صلعہ رقبی (alopecia areata) (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹۱ ج، صفحہ 878) (رقبۂ سیلسس = area Celsi)۔ صلعہ کی یہ قسم عموماً اس طرح شروع ہوتی ہے کہ جلدالراس پر یکایک گنج کی ایک چکتی نمودار ہو کر بتدریج جسامت میں بڑھتی جاتی ہے۔ اکثر اوقات اسکے بعد جلد ہی اس ابتدائی چکتی سے قریب یا کچھ فاصلہ پر دوسری چکتیاں پائی جاتی ہیں، اور انکے باہم پیوستہ ہو جانے سے گنجے پن کے بڑے بڑے رقبے پیدا ہو سکتے ہیں، یا نسبتہً کم عام طور پر ساری جلدالراس کے بال غائب ہو جاتے ہیں۔ دوسرے بالدار حصے بھی ماؤف ہو سکتے ہیں، بالخصوص بھویں، اور مردوں میں داڑھی کا خطہ، لیکن یہ مرض گو ہمیشہ نہیں لیکن بالعموم جلدالراس پر پہلے حملہ آور ہوتا ہے۔ رقبی صلعہ کی تازہ چکتیاں گرداگرد کی جلدالراس کی نسبت زیادہ گلابی رنگ کی ہوتی ہیں، اور ان پر خالی جرابوں کے دہنے، جو اکثر دہنی مادے سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں، صاف طور پر دکھائی دیتے ہیں۔ پرانی چکتیاں پھیکے زرد رنگ کی، بالکل چکنی اور ہموار، اور بالوں کے ذبول کی وجہ سے جلدالراس کے غیر ماؤف حصوں کے لیول سے نیچے دبی ہوئی ہوتی ہیں۔ چکتی کی کوروں پر، اور بعض اوقات ساری چکتی پر

"علامت فجائیہ" کی صورت کے ممیز بال ("exclamation mark" hairs) نظر آتے ہیں - یہ $\frac{1}{16}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ لمبے ہوتے ہیں، اِنکے بُعدی سرے گھسے ہوئے اور دبازت یافتہ نظر آتے ہیں، اور قربی سرے نہایت پتلے اور لون سے مُعرّا ہوتے ہیں - اگر ایسے ایک بال کو اُکھاڑا جائے تو وہ سالم باہر نکل آئیگا اور اُسکا بصلہ نہ ہوگا، یعنے وہ اپنے حُلیمہ سے جدا ہوگیا ہے اور جھڑنے میں ہے - ایسے "علامت فجائیہ" کی صورت والے بال بعض اوقات جلد الراس کے داد کے لئے لاشعاعی علاج کے استعمال کے بعد یا اِسی مقصد کے لئے تھالیئم ایسیٹیٹ (thallium acetate) کے داخلی استعمال کے بعد دیکھنے میں آسکتے ہیں، مگر بصورتِ دیگر یہ رقبی صلعہ کے ممیز اور مخصوص خاصہ ہوتے ہیں - لیکن جب بالوں کا گرنا موقوف ہوگیا ہو تو ممکن ہے کہ یہ بالکل موجود نہ ہوں، اور جب یہ چکتیوں کی کوروں پر موجود ملیں تو یہ اِس امر کی شہادت ہے کہ مرض ہنوز ترقی پذیر ہے - کچھ عرصہ بعد نئے بال پھر نکلنا شروع ہوتے ہیں، اور بالعموم یہ چکتیوں کے مرکزی پرانے حصّوں میں نمودار ہوتے ہیں - ابتداءً یہ نئے بال اُجلے اور روئیں جیسے ہوتے ہیں، مگر تھوڑے عرصہ میں معمولی رنگ کے ہوجاتے ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں یہ پھر اُگنے پر بالکل سفید نکلیں اور غیر معین وقت تک سفید ہی رہیں - بالعموم بالآخر اِن چکتیوں پر بالوں کی بازبالیدگی پورے طور پر ہوجاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ اُنکی وایسی جزئی ہو، اور بعض رقبے مستقل طور پر گنجے رہ جائیں، اور سالہا سال تک ایسے ہی رہیں - رقبی صلعہ کے متوالی حملے بدرجہا زیادہ عام ہیں، اور کبھی کبھی ساری جلد الراس پر یا اُسکے کچھ حصّے پر اور دوسرے بالدار مقامات کے بال دواماً ضائع ہوجاتے ہیں - یہ مرض اُن اصابتوں میں سب سے زیادہ قایم رہنے کا اِمکان رکھتا ہے، جن میں جلد الراس کے اسفل اور مؤخر حصّے کے گرد گنجے پن کی ایک پوری پٹی بنجاتی ہے (افعیتِ سیلسس ophiasis of Celsus)-

رقبی صلعہ ناخنوں کے سوءِ تغذیہ اور ذبول کے ساتھ، نیز سپید سیاہ جلدی